Rok XLVIII. Kraków, dnia 12. czerwca 1909. Nr 24.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki laryngologicznej Prof. Pieniążka w Krakowie.

Bronchoskopia i leczenie na tej drodze dychawicy oskrzelowej.

Podał

Docent pr. Dr Franciszek Nowotny

asystent kliniki.

Równorzędnie z postępem techniki bronchoskopii górnej kroczy kliniczne jej zastosowanie. Pewna trudność w badaniu tym sposobem dawnemi narzędziami, wymagającemi znacznej wprawy i biegłości lekarza, ograniczały z jednej strony liczbę cierpień, w których przebiegu użycie metody tej byłoby wskazane tak ze względów rozpoznawczych, jak i leczniczych; z drugiej warunek posiadania w tym kierunku znacznej wprawy ogranicza stosunkowo znacznie liczbę lekarzy posługujących się tą metodą. Wszelkie ułatwienia w technice bronchoskopii rozszerzały równocześnie jej zastosowanie. Metodę tę podał Killian, ulepszenie ostatnie techniki tracheoskopii i bronchoskopii górnej zawdzięczamy Brüningsowi. Łatwość wprowadzenia rury tak do tchawicy, jak i do oskrzeli, znaczny postęp w sile oświetlenia stanowią dodatnią stronę ulepszenia narzędzi Brüningsa. Sądzę, że postęp ten wreszcie przyczyni się do zastosowania tej metody w cierpieniu, zwanem dychawicą oskrzelową (*asthma bronchiale*).

Istota dychawicy oskrzelowej nie jest nam do dziś dnia znana. Byliśmy do tego czasu zdani na wyniki badania przy pomocy osłuchiwania i opukiwania klatki piersiowej. Jako postęp w tym kierunku uważać już musimy badanie promieniami Roentgena, choć dawało ono nam tylko wskazówki co do ruchów przepony. Badanie wprost przy pomocy tracheoskopii i bronchoskopii górnej przypada dopiero na lata ostatnie.

Pierwszy Prof. Pieniążek miał sposobność wykonać to badanie w przebiegu napadu dychawicy. Przypadek ten tyczył się dziecka $2^1/_2$-letniego, u którego nagle wystąpiła duszność o charakterze duszności wydechowej, tak że nasuwało to na myśl przypuszczenie obecności ciała obcego w tchawicy. W uśpieniu chloroformowem wykonana u dziecka tego przez Prof. Pieniążka tracheoskopia górna wykazała silne zaczerwienienie i obrzmienie dolnej części błony śluzowej tchawicy, klinu podziałowego i wejścia do oskrzeli. Wejście do obu oskrzeli zatkane było śluzem, który usunięto. Już w dzień po tym zabiegu wystąpiła wyraźna ulga w oddychaniu i ustąpiły w zupełności objawy nieżytowe. Na podstawie tegoż badania, jak i przebiegu cierpienia, rozpoznali Prof. Pieniążek i Prof. Jakubowski, na którego klinice to dziecko się znajdowało, duszność oskrzelową napadową.

Drugim był Hermann Schrötter, który w jednym przypadku stosował tracheoskopię w celach przekonania się o istocie zmian, występujących w przebiegu dychawicy oskrzelowej. Ponieważ atoli u chorej Schröttera napady dychawicy występowały tylko w nocy, przeto badanie to mogło się odbywać tylko w przerwie pomiędzy napadami. Endoskopia zmian na błonie śluzowej dróg oddechowych nie wykazała, śluzoworopna wydzielina wydobywała się tylko z początku badania w znacznej ilości.

Zachęcony wynikiem tracheoskopii w przypadku Prof. Pieniążka, postanowiłem systematycznie wypróbować metodę tę w celu nietylko wykrycia zmian anatomicznych, lecz głównie w celu leczniczym. Pracę w tym kierunku rozpocząłem w miesiącu marcu r. 1907, z końcem tegoż roku w Zeszycie XII. »Monatschrift für Ohrenheilkunde« ogłosiłem wyniki jej na podstawie trzech przypadków przezemnie spostrzeganych. Obecnie mam ich osiem, obok tego jeszcze znane mi są spostrzeżenia w tym kierunku dwu innych lekarzy, którzy stosowali tę metodę. Przekonanie moje pod tym względem, podane w roku 1907, nietylko się nie zmieniło, ale owszem utwierdziło.

Przypadki te są następujące:

I. Z końcem marca r. 1907 zgłosił się do szpitala św. Łazarza chłopiec 15-letni z objawami duszności. Wobec znacznej duszności, połączonej z sinicą, lekarz z oddziału chorób wewnętrznych, gdzie pierwotnie chłopiec ten został przyjęty, odesłał go na klinikę laryngologiczną. Badanie, dokonane przezemnie, wykazało: duszność znaczna, przeważnie wydechowa, sinica warg, zmniejszenie liczby oddechów, klatka piersiowa wydechowo rozdęta, osłuchiwanie płuc wykazuje świsty, gwizdy, furczenia; krtań i tchawica bez zmian; granice płuc obniżone. Rozpoznałem napad dychawicy. Chłopak inteligentny, podawał, co następuje: Duszność trwa już od najmłodszych lat, tak iż chory nie przypomina sobie wogóle czasu, w którymby spokojnie oddychał. Pozostawać musiał prawie zawsze w pozycyi siedzącej, w zabawach z dziećmi nigdy nie mógł brać udziału, przy najmniejszym bowiem już ruchu duszność znacznie się zwiększała. Poza tem obok duszności stałej miewał chory napady duszności zwiększonej, trwające od kilku aż do 24 godzin. Leczony nigdy nie był. Drugiego dnia po przyjęciu w obecności kolegi Godlewskiego, który chorego tego odesłał na klinikę, przystąpiłem do tracheo- i bronchoskopii górnej. Duszność była już nieco mniejsza. Po zakokainowaniu krtani wprowadziłem tracheoskop Pieniążka. Badanie to, wykonane przy oświetleniu lampką Kirsteina, wykazało obrzmienie i zaczerwienienie błony śluzowej dolnej

części tchawicy, klinu podziałowego i wejścia do oskrzeli. Przez tracheoskop Pieniążka wprowadziłem bronchoskop Killiana aż do oskrzeli drugorzędnych. Bronchoskopia wykazała zaczerwienienie i obrzmienie klinów drugo- i trzeciorzędnych. Tak w celu znieczulenia błony śluzowej tchawicy i oskrzeli, jak równocześnie i w celu leczniczym, użyłem rozczynu kokainy 25% z adrenaliną. W pierwszej chwili po wprowadzeniu tracheoskopu duszność wyraźnie się zwiększyła, chory z powodu tego objawiał wyraźny niepokój, dopiero gdy pod wpływem jużto podrażnienia błony śluzowej, jużto zadziałania kokainy z adrenaliną, nastąpiło silne wykrztuszanie wydzieliny, chory się uspokoił i wystąpiło wyraźne polepszenie oddechu. Przez cały czas tracheoskopii wykrztuszał chory całe masy wydzieliny. Osłuchiwanie płuc, dokonane po tracheo- i bronchoskopii, wykazało znaczne zmniejszenie się świstów i gwizdów. Chory od tego czasu czuł się dobrze, oddychał swobodnie, chociaż przedmiotowo można było jeszcze stwierdzić objawy suchego nieżytu oskrzeli. Po półtora miesiąca zabieg powtórzyłem; tracheo- i bronchoskopia nie wykazała już ani wyraźnego zaczerwienienia, ani obrzmienia błony śluzowej tchawicy i oskrzeli; podczas zabiegu chory wykrztusił znaczną ilość śluzu. Wydzielinę tę badał kolega Godlewski w kierunku kryształków Charcota i skrętków Curschmanna, lecz z wynikiem ujemnym. Bez wyniku było też badanie krwi co do ciałek eozynofilnych. Stan chorego po drugiej bronchoskopii poprawił się znacznie, tak podmiotowo, jak i przedmiotowo. Ze względu na nieznaczny jeszcze pozostały suchy nieżyt oskrzeli podawano choremu 1½ gr. jodku potasu dziennie, jednak bez wyraźnego dodatniego wyniku. D. 4. X. 1907 trzecia bronchoskopia. Powodem jej było wystąpienie nocnych napadów duszności, natomiast w dzień czuł się chory dobrze. Badanie płuc wykazywało obecność suchego nieżytu oskrzeli, którego przyczyną mogło być tylko przyleganie nieznacznej, ciągnącej się wydzieliny do ścian oskrzeli; wywoływało to względną niedrożność pewnych części płuc, powietrze albo wcale się nie przedostawało, albo tylko z trudem. Odpowiednio do tego w odpowiednich częściach klatki piersiowej nie było słychać albo zupełnie szmerów oddechowych, albo słychać było tylko świsty, gwizdy i furczenia. I tym razem endoskopia nie wykazała obrzmienia i zaczerwienienia błony śluzowej; podczas całego zabiegu, jak i poprzednio, chory wykrztuszał znaczne ilości śluzu. Zaraz po tym zabiegu oddech stał się jeszcze swobodniejszym, napady duszności ustąpiły, chociaż objawy suchego nieżytu, choć w nieznacznym stopniu, ciągle się utrzymywały. Od tego czasu aż do chwili obecnej, t. j. do końca maja 1909 r., stan chorego przedstawiał się, jak następuje: Przez szereg miesięcy po tych zabiegach czuł się leczony zupełnie zdrowym, oddychał spokojnie, napadów duszności nie miewał pomimo niekorzystnych bardzo warunków życia, (jako chłopiec sklepowy był stale w niekorzystnych warunkach higienicznych); dopiero w ostatnich kilku miesiącach duszność powoli znowu zaczęła występować, przedmiotowe zaś badanie wykazywało znowu pogorszenie się stanu nieżytowego oskrzeli. Badanie wykazywało objawy suchego nieżytu. Dokonałem też u niego znowu w miesiącu grudniu r. 1908 i styczniu i marcu 1909 tracheo- i bronchoskopii z wynikiem taksamo, jak i poprzednio, dodatnim.

II. Chora 45-letnia, z zawodu nauczycielka, niezamężna, chora od lat 14. W tym okresie czasu w przeciągu trzech lat znaczna samorodna poprawa w cierpieniu. Od 5 lat cierpi chora na polipy nosowe, czterokrotnie operowane. Napady dychawicy trwały średnio po kilka dni, niekiedy atoli i po kilka tygodni. Powoli wytworzył się stan cierpienia, opisywany przez Goldschmidta jako *asthma epilepticum*; i tak, chora dostawała napadu duszności nawet wtedy, gdy jej się np. wydawało, że okno jest otwarte. W ostatnich czasach duszność wprawdzie mniejsza, ale już trwała, tak że chora od pół roku nie opuszczała pomieszkania. W kwietniu i w maju przebywała na Riwierze; stan chorej przez ten czas był lepszy. Z początkiem lipca zgłosiła się do mnie z objawami silnej duszności. W nosie stwierdziłem obecność polipów, usunąłem je, równocześnie atoli zaproponowałem chorej poddanie się tracheo- i bronchoskopii, na co chętnie się zgodziła. Wykonałem te zabiegi wspólnie z Prof. Pieniążkiem d. XI. VI. 1907. Wykazały one nieznaczne zaczerwienienie błony śluzowej u wejścia do oskrzeli i samych oskrzeli, obrzmienia nie zauważono; zastosowano przytem rozczyn kokainy z adrenaliną. W oskrzelach znaleziono znaczną ilość wydzieliny śluzowej Już zaraz po endoskopii chora czuła znaczną ulgę. Po raz ostatni widziałem ją w dwa tygodnie po zabiegu; chora podawała, iż czuje się znacznie zdrowsza, oddech ma spokojniejszy, może swobodnie chodzić i to nawet po schodach, chociaż w czasie tym wystąpiło kilka napadów duszności, atoli o nieznacznem bardzo natężeniu i krótko trwających.

III. Stefania X. lat 13, zamieszkała w Krakowie, przyjęta nak linikę d. 4/VIII 1907. Przed 8 laty miała przebyć płonicę; od tego czasu duszność, obok duszności stałej napadowa; napady czasem o bardzo znacznem natężeniu, w ostatnich czasach pogorszenie się stanu. Badanie wykazało: tętno szybkie, 120 na minutę, słabo napięte, tony serca czyste, duszność znaczna. Przy wdechu silne zapadanie się międzyżebrzy i dołka sercowego, sinica warg. Klatka piersiowa rozdęta, krzywicza. Odgłos opukowy ponad klatką piersiową jawny Granica płuc: w linii sutkowej po stronie prawej dolny brzeg szóstego żebra, po lewej dolny brzeg czwartego, w linii pachowej środkowej po obu stronach ósme, w linii łopatkowej dziesiąte żebro. Przy osłuchiwaniu można stwierdzić, że powietrze do płuca lewego prawie zupełnie nie dochodzi, nie słychać ani wdechu, ani wydechu, tu i ówdzie świst lub gwizd. Po stronie prawej z przodu z góry i z tyłu prawie prawidłowe stosunki, wdech pęcherzykowy niezaostrzony, wydech słyszalny. Z tyłu i dołu szmery oddechowe niesłyszalne, słychać tylko świsty, gwizdy i furczenia. Liczba oddechów wzmożona. Podczas oddechu wyraźne zmniejszenie ruchomości klatki piersiowej po stronie lewej. W gardle na lewym tylnym łuku podniebiennym widać guzek wielkości grochu, o powierzchni nierównej, barwy żywo-czerwonej; badanie mikroskopowe wykazało utkanie brodawczaka. Ze względu na znaczną duszność i przypuszczając zwężenie oskrzela lewego, dokonałem najpierw tracheotomii, poczem tracheobronchoskopii dolnej. Endoskopia wykazała: tchawica, klin podziałowy, oskrzela pierwszorzędne i drugorzędne zmian nie okazują, ich błona śluzowa nie okazuje wyraźnego ani obrzmienia, ani zaczerwienienia. Wydzielina w skąpej bardzo ilości, szklista, przylegająca do ścian. Pobudliwość błony śluzowej znacznie zmniejszona. Tak w celu znieczulenia, jak i w celu leczniczym, użyłem rozczynu kokainy z adrenaliną. Badanie płuc po tym zabiegu wykazało: Płuco lewe w całości drożne dla powietrza, u dołu, z przodu i z tyłu szmery nieco słabsze, po stronie prawej stosunki zupełnie prawidłowe. Chora oddycha zupełnie swobodnie.

12/VIII oddech zupełnie spokojny. Szmery oddechowe po całej stronie prawej prawidłowe, po stronie lewej poniżej łopatki nieco słabsze.

21/VIII druga tracheo- i bronchoskopia dolna. Tchawica i oskrzela bez zmian.

4/IX. Oddech swobodny, chora nie odczuwa już żadnych dolegliwości. Szmery oddechowe po obu stronach nieco osłabione, więcej atoli po stronie lewej, niż po prawej. Trzecia tracheo- i bronchoskopia; wydzielina na błonie śluzowej nieznaczna. Od tego czasu oddech zupełnie swobodny, szmer oddechowy wszędzie pęcherzykowy, niema żadnych świstań ani gwizdów.

26/X 1907. Wyjęcie kaniuli.

Od tego czasu aż do chwili obecnej, t. j. do końca maja 1909, najmniejszych nawet zmian tak podmiotowo jak i przedmiotowo wykryć nie można.

IV. (Styczeń, r. 1908): S. S. lat 43, handlarz z Królestwa Polskiego. Chory na duszność od 6 lat. Obok duszności stałej napadowa. Badanie wykazuje: Osobnik dobrze odżywiony i zbudowany; liczba oddechów 30, tętno 84. Granice płuc: w linii sutkowej po stronie prawej górny brzeg ósmego, po lewej dolny brzeg szóstego żebra. Przy osłuchiwaniu z przodu stosunki prawie prawidłowe, z tyłu obfite świsty, gwizdy i furczenia, w częściach dolnych tylnych szmery oddechowe osłabione.

Tracheo- i bronchoskopia górna przy użyciu kokainy z adrenaliną. Poza zaczerwienieniem błony śluzowej tchawicy i oskrzeli innych zmian nie znalazłem. Po wprowadzeniu bronchoskopu do oskrzela prawego chory stracił przytomność, tak iż zabieg ten zaraz potem musiałem przerwać, ograniczając bronchoskopię do oskrzela prawego. Badanie płuc, zaraz potem dokonane, wykazało ustąpienie gwizdów, świstów, furczeń po stronie prawej, tak iż słyszeć można było zupełnie prawidłowe szmery oddechowe, natomiast po lewej stronie objawy nieżytowe pozostały. Pomimo tego chory tak tego, jak i następnego dnia, kiedy wyjechał, odczuwał znaczną ulgę; później chory już się nie zgłosił.

V. H. G., lat 38, kuśnierz, zamieszkały od 18 lat w Nowym Jorku. Od lat 7 duszność, obok stałej napadowa, szczególnie wykrztuszanie śluzu z dróg oddechowych trudne. Duszność tego stopnia, że już od dłuższego czasu chory nie może oddawać się swym zajęciom zawodowym.

Chory dobrze zbudowany i odżywiony. Oddech ciężki, szczególnie utrudniony wydech; już na znaczną odległość sły-

chać gwizdy i świsty. Liczba oddechów 32, tętno 78. Po obu stronach płuc z przodu i z tyłu świsty, gwizdy, furczenia, rzężenia drobnobańkowe i średniobańkowe wilgotne, szczególnie w częściach tylnych dolnych płuc; świsty i gwizdy pokrywają szmery oddechowe. Badanie lusterkiem stwierdza zaczerwienienie błony śluzowej krtani i tchawicy, na błonie śluzowej tchawicy pokłady zaschniętego śluzu.

12/II 1908. Tracheo- i bronchoskopia górna. Tracheoskop Pieniążka wprowadziłem choremu siedzącemu; badanie samo odbywało się najpierw u chorego leżącego, przekonawszy się atoli, iż wykrztuszanie wydzieliny, gdy chory leży, jest słabsze, posadziliśmy chorego napowrót. Badanie to wykazało zaczerwienienie błony śluzowej tchawicy i oskrzeli, klin bez zmian. Wydzielina śluzowa szklista w znacznej ilości, wydobywała się swobodniej, gdy chory leżał, niż gdy siedział. Po bronchoskopii, przy której użyłem, jak i w poprzednich przypadkach, rozczynu kokainy z adrenaliną, badanie płuc wykazało: oddech zupełnie spokojny, szmer pęcherzykowy, prawidłowy, słyszalny po obu stronach, gwizdy, świsty, furczenia ustąpiły, tylko z przodu i z góry pozostała bardzo nieznaczna ilość świstów. Od tego czasu chory oddycha zupełnie spokojnie, stan zaś płuc aż do dnia 16/II, w którym chorego po raz ostatni widziałem, nie zmienił się już, tylko z przodu i z góry pozostała tylko bardzo nieznaczna ilość świstów. Z powodu odjazdu chorego do Ameryki już go więcej nie widziałem.

VI. F. S. uczeń gimnazyalny lat 16, z Jarosławia. Duszność miał chory odczuwać już jako małe dziecko i to aż do 10. roku życia, poczem przerwa trzechletnia. Od tego czasu chory już prawie stale cierpi na duszność. Duszność ta zazwyczaj jest nieznaczna, wzmaga się atoli przy każdym silniejszym ruchu, obok tego napady duszności trwające już to po kilka dni, już to po kilka godzin i wtedy występują one przeważnie w nocy. W 13. roku życia przypalenie elektryczne błony śluzowej nosa. Chory dobrze zbudowany i odżywiony. Granice płuc: w linii sutkowej prawej górny brzeg ósmego żebra, po lewej górny brzeg szóstego żebra, z tyłu żebro dwunaste. Przy opukiwaniu odgłos wysoki, prawie że bębenkowy, szmery oddechowe prawidłowe, w górnych częściach płuc wdech i wydech wyraźniej słyszalny. Tony serca czyste. W ostatnich dniach grudnia 1908 wykonałem tracheo- i bronchoskopię narzędziami Brüningsa. Użyłem i tu również kokainy z adrenaliną. Zmian ani w tchawicy, ani w oskrzelach nie stwierdziłem. D. 1/I 1909 odtrzymałem od pacyenta pisemne zawiadomienie, iż ulgi dotychczas prawie żadnej nie odczuwa, że czuje duszność przy każdym fizycznym wysiłku, a nawet i czasem i w stanie spokoju i że z obawy przed nocnymi napadami duszności zażywa proszek (mieszanina środków narkotycznych).

VII. Z. S. służąca, lat 25, zamieszkała w Krakowie przyjęta na oddział wewnętrzny Prof. Pareńskiego d. 6/I 1909.

Na duszność cierpi już przeszło od roku. Obok duszności stałej napadowa, napady występują przeważnie w nocy, trwają czasem do 7 godzin, połączone są z graniem w piersiach. Przy zmianie miejsca pobytu poprawa.

Chora dobrze zbudowana, dość dobrze odżywiona. Kaszel nieznaczny, liczba oddechów 14. Z przodu klatki piersiowej odgłos opukowy jawny, wdech pęcherzykowy, wydech słyszalny długi, bardzo liczne furczenia i świsty, gdzieniegdzie rzężenia średniobańkowe niedźwięczne. Od tyłu odgłos opukowy jawny, wdech pęcherzykowy, wydech długi, pokryty od dołu licznemi rzężeniami. Granice płuc ruchome, z przodu w linii sutkowej dolny brzeg siódmego żebra po prawej, brzeg górny piątego żebra po lewej stronie. Tętno 84 regularne, drobne. Uderzenie serca w piątem międzyżebrzu, macalne bardzo słabo na wewnątrz od linii sutkowej, tony serca czyste. Duszność znaczna.

D. 7/I stan chorej według protokołu z oddziału wewnętrznego — dobry.

D. 8/I pogorszenie znaczne; przy wydechu bardzo liczne gwizdy, wdech bardzo szorstki, wydech przeciągły, trudności w oddychaniu nosem. Z oddziału wewnętrznego odesłano ją na klinikę laryngologiczną.

D. 9/I. Zmiany te same, co d. 8/I. Tegoż dnia wykonałem u tej chorej tracheo- i bronchoskopię górną narzędziami Brüningsa. Wykazała ona wyraźne żywe zaczerwienienie błony śluzowej tchawicy pomiędzy chrząstkami; klin podziałowy bez zmian, obrzmienie i zaczerwienienie klinów drugo- i trzeciorzędnych. Obok zapędzlowania błony śluzowej tchawicy i oskrzeli rozczynem 25% kokainy z adrenaliną, zapuściłem do oskrzeli po obu stronach wprost po 2 gramy rozczynu kokainy 2%. Wykrztuszanie śluzu obfite. Badanie płuc zaraz po endoskopii dokonane wykazało: szmery oddechowe po stronie lewej z tyłu i prawej z przodu zupełnie prawidłowe, po prawej z tyłu i lewej z przodu bardzo nieznaczna ilość świstów, pomimo natężonego oddychania.

D. 16/I druga tracheo- i bronchoskopia. Między pierwszą a drugą tracheoskopią wystąpiły trzy napady duszności w nocy, wogóle duszność mniejsza. Wynikiem drugiej endoskopii była znowu poprawa, duszność wogóle mniejsza, niż po pierwszym zabiegu, pomimo tego jeszcze wystąpiło kilka napadów duszności w nocy, choć krócej trwających i o mniejszem natężeniu; w płucach po takim napadzie można było jeszcze stwierdzić furczenia i świsty dość obfite.

11/II. Trzecia trancheo- i bronchoskopia. Stan chorej po tym zabiegu przedstawia się jak następuje: jeszcze w pierwszych dniach można było stwierdzić bardzo skąpą ilość świstów i to aż do 18/II; od tego czasu aż do 1/III stan płuc zupełnie prawidłowy, trzy lekkie napady duszności, występujące w nocy i trwające około 15 minut; leczona czuje się zdrową.

W pierwszych dniach marca znowu dwa napady duszności; wystąpiły one w nocy, były jednak słabe i trwały krótko. D. 4/III czwarta tracheoskopia. Od tego czasu aż do końca maja stan płuc zupełnie prawidłowy, chora oddycha zupełnie swobodnie, napady duszności już się nie powtórzyły. Poza endoskopią zażywała chora z polecenia Prof. Pareńskiego pyrenol, proszki Dowera, jodek sodu i potasu, inhalacye z sody 2%. Badanie nosa wykazało stale objawy nieznacznego przerostowego nieżytu (*rhinitis hypertrophica*).

VIII. Karol C. lat 30, właściciel składu węgli, zamieszkały w Królestwie Polskiem. Na duszność cierpi już od dzieciństwa, cierpienie swoje dokładnie obserwuje od roku. I tak w styczniu napad jeden, w marcu cztery, w kwietniu jeden, w maju trzy, czerwiec wolny od napadu, w lipcu jeden napad, w sierpniu przez osiem dni stała duszność, we wrześniu 3 napady, z tego dwa trwające po 4 dni; w miesiącu tym chory był operowany z powodu przegięcia przegrody; w październiku napadów 5, w listopadzie 7, w grudniu 5, w styczniu 3 napady. Napady trwały przeważnie po 3 dni. Poza napadami pacyent czuł się zupełnie zdrowy. Na powstanie napadów miały wpływ, jak chory podaje, stan atmosfery i stan nerwowy chorego. Śluz badany podczas napadu wykazywał obecność kryształków Charcot-Leydena i skrętków Curschmanna. Obok duszności występowały u chorego podczas napadu nudności, czasem wymioty, ból głowy, poty. W połowie lutego b. r. zgłosił się chory do mnie. Napad ostatni był, jak podano, d. 20 stycznia. Badanie płuc wykazywało przy osłuchiwaniu stosunki prawidłowe. Granice płuc: w linii sutkowej po prawej brzeg górny ósmego, po lewej brzeg dolny piątego żebra. Wobec tego, że chory zgłosił się w czasie wolnym od napadu, sam nie nakłaniałem go do poddania się bronchoskopii; wykonałem ją dopiero na naleganie chorego. Endoskopia wykazała przekrwienie błony śluzowej dolnej części tchawicy, oskrzeli głównych i drugorzędnych, nieznaczne zaczerwienienie klina podziałowego, silniejsze zaczerwienienie klinów oddzielających wejścia do oskrzeli drugorzędnych. Na drugi dzień po tym zabiegu chory wyjechał. Zgłosił się dnia 28 marca podając, iż z końcem lutego miał bardzo lekki napad duszności, trwający około dwu godzin, w ciągu marca zaś czasem odczuwał piszczenie w płucach, duszności atoli nie było. Dopiero d. 25/III czuł się już jakoś niezdrowym; d. 26 III rano silna duszność, popołudniu poprawa, znowu wieczór i w nocy znaczne pogorszenie, stan podobny 27/III. Sen z powodu duszności trwał najwyżej 2—3 godzin; d. 28/III zgłosił się do mnie chory popołudniu. Duszność, choć mniejsza, jeszcze była, w płucach znaczna ilość świstów i gwizdów. Tego samego dnia chory, choć zmęczony podróżą 9-godzinną, z chęcią poddał się bronchoskopii. Wykazała ona zmiany też same, jak i poprzednio, tylko w wyższym stopniu. Mianowicie bardzo silne przekrwienie oskrzeli, a szczególnie klinów drugorzędnych, obok tego nieznaczne obrzmienie tychże klinów; obok zapędzlowania błony śluzowej rozczynem kokainy z adrenaliną zapuściłem do obu oskrzeli po 0·04—2% rozczynu kokainy z adrenaliną. Śluz wykrztuszał chory podczas zabiegu w znacznej ilości. Badanie płuc zaraz po zabiegu, jak i na drugi dzień, wykazało ustąpienie prawie zupełne świstów i gwizdów. Zaraz po zabiegu, skoro tylko lekki ból karku z powodu przechylania głowy w tył ustąpił, czuł się chory zupełnie dobrze, oddychał zupełnie lekko i zupełnie swobodnie i szybko wbiegł do swego pomieszkania na III piętrze. Sen był dobry, stan na drugi dzień dobry, choć nie tak dobry, jak bezpośrednio po endoskopii, co atoli przypisuję chwilowemu podniecającemu działaniu kokainy. W południe na drugi dzień chory wyjechał. (Dok. nast.).

Spostrzeżenia z praktyki.

Przypadek choroby Werlhoffa [1]).

Podał

Dr Józef Kossak

ordynator szpitala św. Kazimierza w Radomiu.

Chory Franciszek J., w wieku lat 17, parobek wiejski (przy koniach) w pierwszych dniach grudnia r. z. dostał nagle bolów w brzuchu, głównie w okolicy żołądka. Wymiotów nie miał. Bole były tak silne, że wezwany lekarz zmuszony był wstrzyknąć choremu pod skórę morfinę, poczem bole chwilowo ustąpiły. — Przedtem był J. zupełnie zdrów, żadnych chorób nie przechodził, z wyjątkiem jakiejś choroby wysypkowej w dzieciństwie. Na trzeci dzień po wybuchu choroby pojawiły się na górnych i dolnych kończynach wybroczyny krwawe różnej wielkości. Bole w żołądku to słabsze, to silniejsze trwały ciągle bez przerwy. Stolce w tym czasie były to zaparte, to wolne, przyczem w stolcach była czysta krew; stolce były bolesne z dęciami. 19. grudnia r. z. przybył do szpitala z powodu bolów w żołądku. Stolce były rozwolnione, ale już bez krwi. Wybroczyny na dolnych i górnych kończynach obfite. Stan bezgorączkowy. Po 4. dniach pobytu w szpitalu bole ustały, jak również i rozwolnienie, i chory, czując się lepiej, wyszedł ze szpitala. 27. grudnia chory ponownie przybył do szpitala z powodu silnych bolów żołądka i rozwolnienia, przyczem w stolcach była czysta krew.

Stan obecny: Budowa i odżywienie mierne. Skóra i błony śluzowe blade. W jamie ustnej i gardle zmian chorobowych niema. Dziąsła blade, bez owrzodzeń. Zęby w dobrym stanie. Gruczoły szyjne i pachwinowe obrzmiałe. W lewym szczycie płuc małe zgęszczenie, bez rzężeń. Prawa komora serca rozszerzona, u podstawy lekki szmer. Ciepłota prawidłowa. Tętno 72, miękkie, słabo napięte, równe. Żołądek bardzo bolesny, wzdęty w wysokim stopniu, u dołu dochodzi do pępka, u góry z lewej strony do 5, żebra. Brzuch wogóle mało wzdęty, niebolesny z wyjątkiem okolicy żołądka. Wątroba niemacalna, śledziona również. Opukiwanie jednak wykazuje powiększenie śledziony. W moczu białka 1‰ i niewielkie ilości czerwonych ciałek krwi w osadzie. Na górnych i dolnych kończynach, krzyżu, plecach, a także częściowo na brzuchu i piersiach liczne wybroczyny w postaci plamek różnej wielkości: od ziarnka prosa do ziarna fasoli. Plamy te przy ucisku palcem nie giną; zabarwienie to czerwone, to ciemne. Najobficiej plamy rozsiane są na zewnętrznej powierzchni górnych i dolnych kończyn, zaś na tułowiu i wewnętrznej powierzchni kończyn mniej liczne. Na twarzy plam niema.

Wymiotów niema. Chory ma apetyt, ale obawia się jeść, ponieważ po przyjęciu pokarmu bole w żołądku się wzmagają. Bole to słabsze, to silniejsze trwały bez przerwy cały tydzień. Narkotyki podawane wewnętrznie, wcale nie wpływały na zmniejszenie bolów, i trzeba było dwa, a nawet trzy razy dziennie wstrzykiwać morfinę po 0,01. — 6. I. 1909 r. bole ustały, wybroczyny na skórze zbladły, stolce bez krwi, chory czuje się lepiej; przez cały tydzień, t. j. do 13. I. stan się poprawiał: apetyt dobry, bole ustąpiły, plamy na ciele zbladły i częściowo zupełnie zginęły.

14. I. chory nagle dostał znowu bolów żołądka, jednocześnie na ciele pojawiły się nowe obfite wybroczyny krwawe. Ciepłota prawidłowa. Tętno 54; stolce zaparte. Następnego dnia bole ustały i kilka dni chory czuł się dobrze. — 19. I. o 5. g. rano przeszedł nowy napad bolów z nowemi wybroczynami. Tym razem bole trwały od 5. rano do 11. g. wieczorem. Wymiotów nie było. Stolce zaparte. Ciepłota prawidłowa. Tętno 56. — 24. I. o 6. wieczorem bole w żołądku znowu się pojawiły, a jednocześnie i świeże wybroczyny na ciele. W dolnej części brzucha pojawiło się stłumienie i lekkie chełbotanie, jakby od niewielkiej ilości płynu w jamie otrzewnej. Ciepłota prawidłowa, tętno 64. — 25. I. bole ustały, i do dnia 6. lutego nie pojawiły się wcale. Chory czuł się dobrze, apetyt miał dobry, plamy na ciele bladły i częściowo znikały; obecnie tylko na goleniach i górnych kończynach pozostały plamy ciemno-zabarwione. Chory do 1. II. był na dyecie płynnej, obecnie je wszystko i ma dobry apetyt. Stolce obecnie prawidłowe. W moczu białko 1‰. Sok żołądkowy zbadany 2. II. po próbnem śniadaniu wykazał 30 wolnego kwasu i 62 ogólnej kwaśności; podawania wewnętrznego narkotyków, jako nie osiągającego celu, zaniechano, tylko w razie bolów stosowano wstrzykiwanie morfiny. Prócz tego podawano wewnętrznie arszenik i żelazo, które chory znosił dobrze. Podczas ostatniego napadu bolów chory zażywał wewnętrznie adrenalinę 4: 200 i chlorek wapna 8: 200.

Jak widzimy z przytoczonego obrazu klinicznego, mamy tutaj do czynienia z cierpieniem, którego główne, wpadające w oczy objawy, polegają na wybroczynach na skórze i błonach śluzowych. W patologii chorób krwi mamy szereg cierpień z podobnymi objawami, a mianowicie: choroba Werlhoffa, gnilec, krwawiączka, plamica zwykła i plamica gośćcowa (*peliosis rheumatica*). Że w danym wypadku nie mamy do czynienia z gnilcem, świadczy o tem brak cierpienia dziąseł, nagły początek choroby i warunki, w jakich chory pędził życie i pobyt na świeżem powietrzu, pożywienie więcej roślinne, niż mięsne; krwotoki wewnętrzne przemawiają przeciw plamicy zwykłej, przy której wybroczyny bywają tylko na skórze. Brak dziedziczności i poprzednich krwotoków, oraz wogóle skłonności do krwawienia przy najmniejszym urazie, przemawiają przeciw krwawiączce (*haemophilia*). Nareszcie brak wszelkich objawów cierpienia stawów i mięśni świadczą przeciw plamicy gośćcowej. O chorobie Barlowa nie wspominam, ponieważ zdarza się ona przeważnie u dzieci na tle krzywiczem, i przy niej bywają, jako główna oznaka, wybroczyny pod okostną, czego u naszego chorego zupełnie nie było. Pozostaje więc jedynie choroba Werlhoffa, do której dany obraz kliniczny najbardziej można przystosować.

Choroba Werlhoffa, jako cierpienie samoistne, po raz pierwszy została opisana w r. 1775. Zwykle zaczyna się nagle, czasami bez gorączki, rzadziej z gorączką. Na drugi lub trzeci dzień, a czasami nawet po tygodniu, pojawiają się wybroczyny różnej wielkości na kończynach, mniej na tułowiu, a na twarzy bardzo rzadko. Równocześnie bywają krwotoki z narządów wewnętrznych, nosa i dziąseł. Po pewnym czasie wybroczyny bledną, chory czuje się lepiej, dopóki nie nastąpi drugi napad z nowemi wybroczynami, krwotokami i t. p. Zwykle choroba trwa 2—6 tygodni, czasem do 3 miesięcy, bywają jednak formy gwałtowne, t. zw. *purpura fulminans*, gdzie śmierć następuje już po upływie 24 godzin. Na szczęście przypadki te są bardzo rzadkie, zwykle bowiem choroba kończy się pomyślnie. Dłuższe trwanie choroby może doprowadzić ustrój do charłactwa i śmierci z wycieńczenia. Na sekcyach zmarłych na chorobę Werlhoffa znajdowano obok silnej niedokrwistości liczne wylewy krwawe i nadżarcia na błonach śluzowych żołądka, jelit, pęcherza, a także wylewy krwawe w mózgu, płucach, opłucnej, sercu, śledzionie, nerkach i w mięśniach. Wybitnych swoistych zmian w składzie krwi nie znajdowano, tylko zmniejszoną liczbę czerwonych ciałek krwi, a także mniejszą zawartość hemoglobiny; natomiast znajdowano w ścianach naczyń krwionośnych zmiany, polegające na zwyrodnieniu tłuszczowem i woskowem, stąd ich kruchość i skłonność do pękania.

Przytoczony powyżej przypadek choroby Werlhoffa z tego względu zasługuje na uwagę, że chory doznawał bardzo silnych bolów w żołądku, którego to objawu w piśmiennictwie, dotyczącem tej choroby, nie spotykałem.

Etyologia choroby Werlhoffa jest bardzo ciemna. Niestety, dotychczasowe badania nie rzuciły wyraźnego światła na istotę tego cierpienia, nie znaleziono bowiem żadnego swoistego zarazka. Szereg autorów, a mianowicie Peters, Kisiel, Vogel, Sterner, Steffen, Rejmer, Konstantinow i Łukowski zwracają uwagę na łączność choroby Werlhoffa z gruźlicą: znajdowali bowiem w większości przypadków tego cierpienia zmiany gruźlicze w płucach i innych narządach. Zdanie to potwierdza i Dieulafoy.

Peters opisuje 5 chorych na plamicę krwotoczną, z których 2 wyzdrowiało, a 3 zmarło. Sekcya wykazała obok wylewów krwawych w różnych narządach zmiany gruźlicze w płucach i otrzewnej.

Kisiel również opisuje 2 przypadki choroby Werlhoffa, gdzie na sekcyi stwierdzono zmiany gruźlicze w płucach. Fadiejew spostrzegał 36 przypadków choroby Werlhoffa, gdzie jednocześnie znajdował większe lub mniejsze zmiany gruźlicze. Wobec tego, że według ostatnich danych statystycznych w 85% sekcyi wogóle znaleść można zmiany gruźlicze, dziwić się nie należy, że u osób zmarłych na chorobę Werlhoffa znajdowano zmiany gruźlicze, a więc prędzej można to uważać za zwykły zbieg okoliczności, aniżeli za związek przyczynowy między jednem cierpieniem, a drugiem. Z drugiej strony fakt, że gruźlica jest tak częstą, natomiast choroba Werlhoffa bardzo rzadką.

[1]) Odczyt na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Radomiu w d. 6. II. 1909.

tembardziej wyklucza tę łączność. Rzecz prosta, że ustrój wyczerpany gruźlicą jest podatniejszy na każde zakażenie, a więc i do choroby Werlhoffa skłonniejszy.

Choroba Werlhoffa nie zawsze bywa uważaną za samoistną jednostkę etyologiczną, ponieważ raz może zależeć od swoistych pasorzytów krwotocznych, drugi raz powstawać może wskutek zakażenia zwykłymi drobnoustrojami, które przez swą ilość lub złośliwość powodują krwawienia. Do tej kategoryi należą przypadki Arnsztejna i Troczewskiego, oraz przypadek Sokołowskiego. W przypadku Troczewskiego w następstwie rany stopy wystąpiła posocznica, która przebiegała pod postacią choroby Werlhoffa. Sokołowski przytacza przypadek błonicy gardła u 18-letniego ucznia gimnazyum, który wstąpił do szpitala św. Ducha w Warszawie. W miesiąc po przybyciu wystąpiły wśród innych objawów liczne plamy różnej wielkości na kończynach górnych i dolnych, kilkakrotne z krwią zmieszane wypróżnienia, wymioty krwawe. Cały obraz sprawiał klasyczne wrażenie choroby Werlhoffa. Sokołowski nie uważa tej choroby za jakieś odrębne powikłanie błonicy plamicą, wyraża przypuszczenie, że w danym przypadku krwawienia wywołane były przez te same produkta toksyczne, od których zależał cały ten obraz chorobowy: wywarły one wpływ swój trujący na krew, jakoteż i na naczynia, wywołując przez to obfite wylewy krwawe. Sokołowski wraz z niektórymi autorami (Dieulafoy) twierdzi, że choroba Werlhoffa nie jest niczem innem, jak tylko jednym z objawów ciężkiej natury cierpień, nie dających się często określić i że w przyszłości choroba ta, jako oddzielna postać chorobowa, zniknie zupełnie. — Inni autorowie uważają chorobę Werlhoffa za zupełnie samoistną, pierwotną i wskazują na zakaźny charakter tej choroby. Na czele ich stoi Petron, który wstrzykiwał królikowi surowicę krwi chorych na chorobę Werlhoffa; króliki ginęły po kilku dniach i na sekcyi znajdowano wylewy krwawe w mózgu, opłucnej, otrzewnej, wątrobie, śledzionie i mięśniach. Ciekawem jest to, że surowica krwi tych królików wywołała te same objawy u innych. Podobne objawy u królików wywołało wstrzyknięcie surowicy krwi chorych na plamicę zwykłą, coby wskazywało na pewien związek tej choroby z chorobą Werlhoffa. Lebrerich znalazł we krwi dziewczyny chorej na plamicę krwotoczną laseczniki zupełnie nieznane, które, sądząc z doświadczeń robionych na zwierzętach, możnaby uważać za swoiste dla choroby Werlhoffa. Lasecznik ten Lebrerich nazwał prątkiem plamicy (*bacillus purpurae*). Według Kolba, przyczyną choroby Werlhoffa są krótkie laseczniki o końcach zaokrąglonych głównie w postaci laseczników dwoistych (*diplobacilli*). Szczepienie zwierzętom hodowli tych laseczników wywołało śmierć przy objawach licznych wybroczyn. Jednak późniejsze badania innych autorów nie potwierdziły tego. Lebreton opisuje przypadek plamicy krwotocznej u 18-letniej dziewczyny, u której w 48 godzin po po silnem wzruszeniu wystąpiły bole głowy, gorączka, krwawienie z nosa, wybroczyny na kończynach górnych i dolnych. W kilka dni chora wyzdrowiała. Hodowle na agarze wskazały na obecność gronkowców. Bakan i Lacour przytaczają przypadek wiewióra powikłanego plamicą krwotoczną. Mężczyzna 18-letni dostał wiewióra, a w trzy dni później wystąpiły objawy choroby Werlhoffa: wybroczyny na całem ciele, kwawe wymioty, wypróżnienia i mocz krwawy. Kilkakrotne obostrzenia choroby. Po 2½ miesiącach wszystkie objawy znikają. Badania bakteryologiczne wykryły obecność dwoinek wiewiórowych i gronkowców. Claisse oprócz gronkowców znalazł jeszcze laseczniki dwoiste (*diplobacilli*). Hochheimer przytacza przypadek, dotyczący młodej dziewczyny, która wstąpiła do kliniki Leydena z powodu zapalenia gardła, po którego przejściu pojawiły się na ciele wybroczyny. Stan bezgorączkowy. Wymioty i wypróżnienia krwawe. Badanie krwi wykryło leukocytozę i paciorkowce mało jadowite. Reher, Luret, Hlava, Theresse i Vidal znajdowali również paciorkowce. Vidal i Theresse przytaczają typowy przypadek choroby Werlhoffa. Badanie krwi wykryło wielką ilość paciorkowców. Vidal wyraża przypuszczenie, że choroby Werlhoffa nie wywołuje jakiś swoisty zarazek, natomiast mogą ją wywołać różnorodne zarazki, jak to bywa przy zapaleniu gardła, zapaleniu opłucnej, opon mózgowych. Swoją drogą możliwą jest rzeczą, że te wszystkie zarazki, jak gronkowce, paciorkowce, które obecnie w chorobie Werlhoffa znajdujemy, są zakażeniem wtórnem, pierwotnego zaś zarazka dotychczas wykryć się nie udało. Dziwnym jednak może się wydać fakt, że choroba wywołana zaburzeniem ustroju paciorkowcami, przebiega albo całkiem bez gorączki, albo z krótkotrwałem i niewielkiem podniesieniem ciepłoty. Objaśnić to można jedynie zmniejszoną jadowitością zarazka, co zostało potwierdzone doświadczeniami na zwierzętach.

Dla całokształtu różnorodnych poglądów na istotę choroby Werlhoffa należy wspomnieć o poglądach Fraenkla i Ajetlo, którzy przypisują powstawanie choroby Werlhoffa samozatruciu ustroju ptomainami z przewodu pokarmowego, znajdowane zaś we krwi bakterye uważają za zakażenie wtórne.

W przytoczonym przezemnie przypadku widzimy, że u człowieka poprzednio zupełnie zdrowego, wolnego od zakażenia, wystąpiła bez żadnych zwiastunów choroba, której pierwszymi objawami były nagłe bóle żołądka i ciemne krwawe plamy na skórze. Dokładnie zebrane wywiady wyłączyły możliwość jakiegokolwiek pierwotnego zakażenia, w którego następstwie mogłaby nastąpić skaza krwotoczna. Należy więc przypuszczać, że w danym przypadku mamy pierwotną zakaźną chorobę Werlhoffa.

Aczkolwiek przypuszczać można zakaźny charakter tego cierpienia, ale zarazek, jego własności biologiczne i drogi przenikania do ustroju są dotychczas nieznane, wobec tego nie może być mowy o żadnem swoistem leczeniu tej choroby. Wprawdzie stosowano kilkatrotnie surowicę przeciwpaciorkowcową, przez wprowadzenie do odbytnicy, jednak zbyt szczupła liczba doświadczeń tego rodzaju, nie pozwala nam z tego wysnuwać stanowczych wniosków. Nie pozostaje więc nic innego, jak leczenie objawowe, skierowane ku powstrzymaniu krwotoków i zwalczaniu wynikłej niedokrwistości. Z pośród rozmaitych środków zaznaczyć możemy: chlorek wapna, ergotynę, adrenalinę, — podawane wewnętrznie przez rozmaitych autorów z dobrym wynikiem — zaś przeciw niedokrwistości — arszenik i żelazo.

Piśmiennictwo. 1) Mehring — Choroby wewnetrzne. 2) Biegański — Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnetrznych; 3) Grawitz — Klinische Pathologie des Blutes, 4) Strümpel — Patologia i terapia szczegółowa; 5) Leube — Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnetrznych; 6) Oswald Moritz — Zur Kazuistik des Morbus maculosus Werlhoff (Wochenschrift Nr. 36, 1904); 7) Arnsztein i Troczewski — Ciężki przypadek plamicy krwotocznej wywołany zakażeniem miejscowem wikłającem ranę kłutą stopy (Gazeta lekarska 1894 r.); 8) Sokołowski — Przyczynek do kazuistyki i terapii ciężkich dyfterytów gardzieli (Gazeta lekarska 1894); 9) Dziewiszek — Przypadek plamicy Werlhoffa zakaźnej pierwotnej (Gazeta lekarska 1898); 10) Lebreton — Sur un cas de purpura infectieux (Semaine méd. p. 54, 1894 r.); 11) Balzar et Lacour — Uretro-cystite blennorhagique compliquée d' emblée de purpura infectieux très grave Sem. méd. p. 353, 1894 r.; 12) Roncagliolo — Examen hématologique dans un cas de maladie de Werlhoff — Sem. méd. novembre 1903 r.; 13) Hochheimer — Un cas de maladie de Werlhoff consecutive a une angine — Sem. méd. 9 decembre 1903 r.; 14) Lablé — Sur un cas de purpura hémorrhagique avec reaction myeloïde du sang. — Sem. méd. 27 novembre 1905 r.; 15) Cianni — L' action de l' adrenaline dans la maladie de Werlhoff — Sem. méd. 14 mars, 1906 r.; 16) Teurich et Parkinson — Administration du serum antistreptococcique par le rectum contre l' endocardite, l' infection gonococcique et la purpura hémorrhagique — Sem méd., mai 1908 r; 17) Kisiel A. A. — K. woprosu o swiazi mieżdu boleźnju Werlhoffa i bugarczatkoj — Russkij Wracz Nr 26, 1904 r.; 18) Peters — Słuczaj bolezni Werlhoffa — Russkij Wracz Nr. 20, 1905 r.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Ricard. **Leczenie zgorzeli cukrzycowej gorącem powietrzem.** (*Akadem. Um.* Paryż, 24. II., 1909). R. poleca gorące powietrze jako bardzo cenny środek leczniczy przy zgorzeli na tle cukrzycy. Operacya niezawsze daje dobre wyniki, zwłaszcza co do gojenia się. Dlatego też R. postępuje obecnie w ten sposób, że najpierw stosuje bardzo wysokie ciepłoty (do 600°!), przez co uzyskuje spalenie niejako chorych części, wyjałowienie ich i przyspieszenie oddzielania się. Gdy się już chore części oddzielą, przechodzi R. do ciepłoty 60°, która wywołuje szybkie zabliźnianie się, przyczem blizny są delikatne i niebolesne. *Zl.*

Essau. **O stosowaniu jodbenzyny Heusnera.** (*Med. Klinik* 1909, Nr 22). Wiadomo, jak trudno utrzymać w czystości i zdrowiu skórę w okolicy przetok, wydzielających ropę lub gryzące wydaliny. Użyte do opatrunku tłuszcze rozkładają się i wsiąkają w opatrunek, proszki skupiają się w bryłki lub zasychają w skorupki. Bardzo pożyteczną natomiast okazała się w takich razach jodbenzyna Heusnera, podana swego czasu do odkażania rąk. Zapobiega ona wypryskom, opatrunek odchodzi od rany gładko, a nadto jod działa korzystnie na gojenie się i ziarninę. Przy otwieraniu n. p. ropni smaruje E. okoliczną skórę jodbenzyną. Podobnie działa korzystnie jod, stosowany na linię szwów w rozczynie wodnym. Jodbenzynę sporządza sobie E. ta-

nim kosztem sam w następujący sposób: 10,0 cm³ nalewki jodowej miesza z 750,0 benzyny i 250,0 płynnej parafiny. Litr tej mieszaniny kosztuje około 90 fenigów. Parafiny dodać można trochę mniej lub więcej, zależnie od tego, czy chcemy mieć roztwór więcej tłusty, lub nie. Podobnie działa na skórę mieszanina spirytusu mydlanego z gliceryną i oliwą, ale jest znacznie droższa i trudniej ją sporządzić. *K.*

Szmurło. **O ropnicach pochodzenia usznego i o ich leczeniu.** (*Medycyna i Kron. lek.* 1909, Nr 19—22). Na podstawie bogatego doświadczenia, bo obejmującego 3000 chorych, badanych i leczonych bądź w praktyce prywatnej, bądź w ambulatoryum chorób usznych samarskiego szpitala ziemskiego (w ciągu ostatnich 8 lat) omawia S. sprawę pochodzenia i leczenia ropnic pochodzenia usznego, których spostrzegał 10, co odpowiada 0,3% ogólnej liczby chorych. W obecnej chwili w otyatryi powszechnie panuje teorya Leuterta, który utrzymuje, że ropnica pochodzenia usznego bywa zawsze skutkiem zakrzepów w zatokach mógowych, i że niema ropnicy pochodzenia usznego, w którejby nie było zakrzepu w jakiejkolwiek zatoce, a w szczególności w poprzecznej, a nawet w opuszce żyły szyjnej. Tam, gdzie światło zatoki nie jest zupełnie zatkane, istnieć musi przynajmniej skrzep przyścienny, którego cząstki dostawać się mogą do krążenia. O ile teorya ta w wielkiej liczbie przypadków znajduje w praktyce potwierdzenie, o tyle znów zaprzeczyć się nie da, że spotyka się niewątpliwie także takie przypadki, w których zatoki żylne i żyła szyjna nie ulegają najmniejszej zmianie. Dlatego też S. sądzi, że otwieranie zatoki i podwiązywanie żyły szyjnej w każdym przypadku ropnicy pochodzenia usznego, (jak to czyni z zasady wielu, a między innemi wiedeńska szkoła Politzera), nie jest postępowaniem zupełnie racyonalnem, zwłaszcza że zabiegi te, jak tego dowiodły spostrzeżenia Pansego, Körnera i t. p., nierzadko stać się nawet mogą przyczyną ciężkich następstw dla chorego. Körner twierdzi, że nierzadko ropnica powstawać może i inną drogą, a mianowicie przez tworzenie się zakrzepów w drobnych żyłkach wyrostka sutkowego, wpadających do żył opony twardej lub zatok mózgowych. Bakterye ropotwórcze dostać się mogą do obiegu krwi drogą podwójną, albo przez żyły jamy bębenkowej i wyrostka sutkowego, wpadające do zatoki poprzecznej i zatok skalistych, dalej przez żyły uszną tylną, uszno-skroniową i uszną głęboką, wpadające do żył szyjnych, albo też drogą naczyń chłonnych, które wpadają wprost do żyły podobojczykowej z lewej, a do żyły bezimiennej z prawej strony. Tak więc zatoce poprzecznej przypada w udziale główna, aczkolwiek bynajmniej nie wyłączna, rola zbiornika drobnoustrojów ropotwórczych, pochodzących z wyrostka sutkowego i jamy bębenkowej. Przytoczywszy szereg bardzo ciekawych i pouczających historyi chorób spostrzeganych i operowanych przez siebie przypadków ropnicy pochodzenia usznego, dochodzi autor do następujących wniosków: Istnieją dwa typy ropnicy pochodzenia usznego, pierwszy (przeważnie w przypadkach ostrych) bez udziału zatok żylnych, drugi z zakrzepami w nich i w opuszce żyły szyjnej. Ropnica pochodzenia usznego przebiegać może pod trzema postaciami: 1) Postać lekka z kilkoma napadami, zwykle bez tworzenia się ropni przerzutowych. 2) Postać średnio ciężka. Częste napady, liczne ropnie przerzutowe w stawach, pod okostną, w tkance podskórnej, w płucach i t. p. Choroba trwa 2—3 miesięcy, przeważnie kończy się wyzdrowieniem. 3) Postać ciężka (zwykle na tle spraw przewlekłych ucha), śmiertelna. — Pod względem rozpoznawczym wielki nacisk kładzie S. na objaw Mourego, polegający na spostrzeżeniu, że w razie zakrzepu w zatoce poprzecznej zatoka ta wybitnie tętni. Próbne przekłucie lub nacięcie zatoki jest zabiegiem zupełnie wprawdzie nieszkodliwym, ale wobec zakrzepu przyściennego nie wiedzie do celu. Leczenie surowicą przeciwpaciorkowcową w lżejszych przypadkach przerywa napady, obniża zaraz ciepłotę, poprawia sen i stan podmiotowy chorych. Dawki powinny być wysokie. Nikonow radzi najmniej 100 ctm. W przypadkach ciężkich surowica nic nie pomaga. Podwiązanie żyły szyjnej nie jest zabiegiem tak idealnym, jak o nim zwykle mówią, bo nie wyłącza wcale możliwości przenoszenia się rozpadłych cząstek do obiegu krwi inną drogą, a stosowane tam, gdzie niema zakrzepu, wywoływać może groźne objawy. Jedynem wskazaniem do tego zabiegu jest zakrzep ropny, lecz wtedy idzie właściwie o otwarcie ogniska ropnego. Usilne odżywianie, obfite użycie wina, leczenie surowicą i wczesna operacya ucha odgrywają najwybitniejszą rolę w leczeniu ropnic pochodzenia usznego. *Klęsk.*

Prof. Kehr. **Znaczenie próby Cammidgea przy stawianiu wskazań w leczeniu kamicy żółciowej.** (*Münch. med. Woch.* 1909, Nr 21). Chirurdzy dzielą się w sprawie kamicy żółciowej na trzy obozy: jedni operują wcześnie, niejako zapobiegawczo, drudzy późno, dopiero ze wskazania życiowego, a trzeci wreszcie, do których należy K., stoją po środku, t. j. operują zawsze w koniecznych przypadkach (ropniak, ostre zajęcie dróg żółciowych i t. p.), ale nie uchylają się od operacyi ze wskazań względnych, np. trwałych bolów i t. p. Nie trudno udowodnić, że wczesne operowanie każdego bezwzględnie przypadku nie jest uzasadnione. Najpierw wiemy, że kamica jest bardzo częstą chorobą i nieraz żyją z nią chorzy do późnej starości bez wielkich dolegliwości. Gdybyśmy zatem operowali wszystkich cierpiących na kamicę, tracilibyśmy, jak to z natury rzeczy wynika, także więcej chorych na powikłania operacyjne (zapalenia płuc i t. p.), coby sprawiło, że śmiertelność u operowanych stałaby się może i większą, niż u nieoperowanych. Nacięcie pęcherzyka nie daje pewności wyleczenia; trzebaby chyba zapobiegawczo wycinać pęcherzyk, a jest to już zabieg wielki. Nie trzeba też chyba dowodzić, że operowanie znów wyłącznie tylko ze wskazań życiowych jest ryzykowne. Dlatego też, jak zawsze, droga pośrednia jest najlepszą. W ostatnich jednak czasach jeszcze jedna rzecz wchodzi tu w rachubę. Jak to wykazał Mayo-Robson, ulega przy kamicy schorzeniu ostremu lub przewlekłemu często i trzustka. Kehr może to ze swego doświadczenia tylko potwierdzić, bo spotykał najmniej w 24% powikłania w trzustce. Na te powikłania musimy zwracać baczną uwagę. W próbie Cammidgea mamy, jak wiadomo, wskaźnik schorzenia trzustki. K. na zasadzie własnych badań, kontrolowanych następnie operacyami, przekonał się, że próba ta jest wcale pewną, zwłaszcza co do cierpień przewlekłych trzustki i dodatni wynik tej próby niemal w 82% dowodzi powikłania w trzustce. Wobec tego obecnie K. uważa przy kamicy żółciowej (zresztą nie wymagającej bezwzględnie operacyi) dodatni wynik próby C. za wskazanie do zabiegu. Nie należy oczywiście zapominać o tem, że próba Cammidgea wypada dodatnio i przy innych cierpieniach, jak stwardnienie tętnic, zapalenie płuc i t. p. Wyrocznią ona nie jest i w ostatnim czasie np. w jednym przypadku ostrego ropnego zapalenia trzustki wypadła ona ujemnie, co utwierdza tylko K. w mniemaniu, że próba ta ma głównie wartość w przypadkach przewlekłych cierpień trzustki. Mocz, używany do badania, powinien być całkiem świeży, bo już po 6—8 godzinach nieraz wypada próba ujemnie, choć przedtem w tym samym moczu była dodatnią. Najlepiej nadaje się do badania mocz popołudniowy po jedzeniu. W moczu rannym często wypada próba ujemnie, a w popołudniowym dodatnio. Lekarz praktyczny powinien przypuszczać powikłanie w trzustce przy kamicy wtedy, jeżeli po ostrym napadzie, mimo ustąpienia miejscowych objawów zapalnych, stan ogólny chorych, apetyt i trawienie pozostają nadal nieprawidłowe. *K.*

Położnictwo i ginekologia.

C. Barth: **Znaczenie badań bakteryologicznych dla wycięcia macicy drogą brzuszną z powodu raka.** (*Arch. f. Gyn.* tom 87, zesz. 2), Operacye raka macicy drogą brzuszną stanowią jeszcze ciągle wielkie niebezpieczeństwo dla operowanej z powodu możliwości następowego zakażenia otrzewnej. Wielką śmiertelność przy tej operacyi odnoszono z początku do ciężkości samego zabiegu, niedostatecznej techniki, utraty krwi i t. p.; dzisiaj wiemy, że drobnoustrojów, wywołujących zakażenie, należy szukać w samym nowotworze. To naprowadziło operatorów na myśl bakteryologicznego badania podczas operacyi, celem wczesnego rozpoznania rodzaju zakażenia. Pierwsze badania w tym kierunku przeprowadził Liepmann, który przed operacyą szczepił na bulion najprzód wydzielinę wrzodu nowotworowego, następnie po otwarciu otrzewnej płyn z jamy brzusznej, a w końcu po wyjęciu macicy i gruczołów, cząsteczki z nich lub z tkanki przymacicznej. Autor przeprowadzał podobne badania w 55 przypadkach, przyczem jednak, celem otrzymania pewnych wyników, dokonywał przeszczepień z tkanki przymacicznej na pożywki jeszcze przed wycięciem macicy, zaraz po podwiązaniu więzadeł, nim operujące palce dotknęły się głębszych części tkanki przymacicznej. Badanie samego nowotworu wykazało w 27 przypadkach zwykłe drobnoustroje żyjące w pochwie, w 4 (raz w czystej hodowli) paciorkowce zwykłe, a w 24 (9 razy w czystej hodowli) hemolityczne. Z tych 24 chorych 7 okazywało objawy zakażenia jeszcze przed operacyą (ciepłota 38·4, tętno 118); z pierwszych 27 chorych gorączkowała przed operacyą tylko jedna (37·8), a z 4, u których znaleziono paciorkowce niehemolityczne, żadna. Z badań tych należy wysnuć ten praktyczny wniosek, aby przy operacyi unikać o ile możności dostania się wydzieliny wrzodu

nowotworowego, lub nawet wydzieliny pochwy do jamy brzusznej i na powierzchnię ranną tkanki łącznej miednicznej. W tym celu należy przed operacyą sam wrzód nowotworowy najprzód wyskrobać i przypalić, a przed odcięciem oczyścić go wyskokiem i osuszyć. Pomimo jednak zastosowania wszelkich środków nie uniknie się często zakażenia tam, gdzie chodzi o drobnoustroje bardzo żywotne. Co się tyczy przebiegu pooperacyjnego u powyższych 55 chorych, to z 27 pierwszych chorych zmarło 6, z których jednak tylko u jednej zakażenie pozostawało na pewne w związku z drobnoustrojami samego nowotworu; z 4 chorych z paciorkowcami niehemolitycznymi w nowotworze żadna nie zmarła wskutek zakażenia, a z 24 z paciorkowcami hemolitycznemi zmarło 10, z których u 6 zakażenie było przyczyną śmierci. Badania tkanki przymacicznej wykazały tylko w jednym przypadku paciorkowce hemolityczne, w jednym gronkowce, a w 4 bakterye zwykle żyjące w pochwie. Wyniki te stają w sprzeczności z wynikami Liepmana, który w tkance przymacicznej znajdował bardzo często paciorkowce i przypadki te uważał za stracone. Ta różnica wyników jest następstwem różnego sposobu badania, Liepmann bowiem dokonywał przeszczepień z tkanki przymacicznej dopiero po wyjęciu macicy, a więc w czasie, kiedy ona mogła się już następowo zanieczyścić w czasie długiego trwania operacyi. Najważniejsze jest jednak badanie powierzchni rannej tkanki łącznej miednicznej i otrzewnej miednicy zaraz po operacyi, ponieważ znajdujące się tu paciorkowce muszą być niebezpieczne z powodu niedostatecznej zwykle w tych przypadkach odporności samej otrzewnej. Autor znalazł na niej drobnoustroje w 16 przypadkach: 4 razy bakterye pochwowe, raz prątki okrężnicy hemolityczne, 4 razy gronkowce białe, 2 razy paciorkowce zwykłe, które w tych przypadkach znaleziono także w samym nowotworze, i 5 razy paciorkowce hemolityczne, które również były w samym nowotworze. Z tych 16 przypadków, pierwszych 11 przeszło bez najmniejszego odczynu ze strony otrzewnej, natomiast w 4 z ostatnich 5 objawy zakażenia otrzewnej były bardzo ciężkie i wywołały w 2 z nich zejście śmiertelne w 1—8 dni po operacyi. Rokowanie więc w tych przypadkach jest niekorzystne, choć nie jest bezwzględnie złe, a zależy od żywotności paciorkowców i odporności ustroju. Obecność paciorkowców na otrzewnej można sobie wytłómaczyć albo w ten sposób, że one z ogniska nowotworowego weszły tak głęboko w tkanki, iż przy ich przecięciu dostały się na otrzewnę, albo. co jest prawdopodobniejsze, że tkanka została zanieczyszczona dopiero podczas operacyi, przez dostanie się na nią wydzieliny pochwowej lub z wrzodu nowotworowego. Wartość bakteryologicznego badania podczas operacyi jest więc wielka nietylko ze względu na rokowanie w danym przypadku, lecz ma nadto ważne znaczenie zapobiegawcze, o ile nakazuje zachować szczególną ostrożność w danym razie celem uniknięcia dostania się mas nowotworowych lub wydzieliny na otrzewnę; korzystne zastosowanie znajduje w tych przypadkach sączkowanie przez pochwę po ukończeniu operacyi. *E. Ehrenpreis.*

Fellner: **O czynności jajnika w ciąży.** (*Arch. f. Gyn.* tom. 87, zesz. 2). Na podstawie badań histologicznych i licznych spostrzeżeń klinicznych dochodzi F. do przekonania, że czynność jajnika w czasie trwania ciąży nie ustaje. W szczególności przemawiają za tem licznie opisane przypadki zastąpienia dodatkowego (*superfoctatio*), jakoteż zastąpienia już w 4. dniu pologu. Dość często spostrzegano przypadki regularnie występującej miesiączki nawet w ciągu całego trwania ciąży, jakoteż objawy towarzyszące miesiączki, a występujące w ciąży jako t. zw. fale Goodmanna. Paoli wykazał u 30 ciężarnych, że w dniach odpowiadających terminom miesiączki występuje u nich wyraźne wzmożenie wszystkich czynności fizyologicznych: zmiany pojemności płuc i ciśnienia krwi, przeczulica skóry, wzmożone odruchy, przyspieszenie tętna, zmiany w składzie ilościowym i ciężarze gatunkowym moczu, niekiedy białkomocz i in. Schatz, chcąc obliczyć termin porodu, zestawił krzywe ciśnienia krwi, które również wykazują wybitne wahania w okresach, odpowiadających czasowi miesiączki. Przeglądając dokładnie krzywe Schatza, jakoteż własne, stwierdził F. dwa typy fal: jeden odpowiadający takim samym wahaniom przed ciążą i po porodzie i drugi, przypadający na czas wystąpienia bolów porodowych i samego porodu, który jednak znika zupełnie w połogu. Pierwszy typ odpowiada wahaniom miesiączkowym, drugi ciążowym i trwa od zastąpienia aż do porodu. Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że czynność wydzielnicza jajników w czasie ciąży nie ustaje, ale nawet się wzmaga i przyczynia do zobojętnienia trucizn, krążących we krwi matki. *E. Ehrenpreis.*

Offergeld: **Rak macicy i jego przerzuty w opłucnej i płucach.** (*Arch. f. Gyn.* tom 87, zesz. 2). Pierwotny rak macicy bardzo rzadko daje przerzuty w opłucnej i tylko w późnym okresie, częściej rak szyjki, aniżeli trzonu. Nie tak rzadko natomiast spostrzegamy przerzuty w płucach i to już we wczesnych okresach pierwotnego raka macicy. Opisano przypadki, w których gruczoły przymaciczne były jeszcze wolne, a przerzuty w płucach były pierwszym objawem uogólnienia się nowotworu. Przerzuty w płucach występują zwykle obustronnie i szczególnie często w środkowych częściach płatów dolnych; powstają głównie drogą krwionośną, o wiele rzadziej limfatyczną; w obu razach konieczne jest pewne usposobienie ustroju i samej tkanki płucnej, które zostaje nabyte przez rozwój samego nowotworu, choroby przypadkowe w tym czasie występujące i przyczyny okolicznościowe. Na drodze krwionośnej dostają się przerzuty do płuc przez żyłę główną dolną, rzadziej przez górną za pośrednictwem przewodu piersiowego; dla drogi limfatycznej wchodzi głównie w rachubę przeniesienie wsteczne z gruczołów okołooskrzelowych. Przerzuty w opłucnej powstają tylko drogą limfatyczną przez przeniesienie cząsteczek nowotworowych z gruczołów płucnych i okołooskrzelowych, wywołane zamknięciem lub uciskiem dróg odprowadzających, albo też wprost z naczyń limfatycznych brzusznych, które przeszedłszy przez przeponę, tworzą w jamie piersiowej gęstą sieć. *C. Ehrenpreis.*

Offergeld: **Przerzuty raka macicy w jamie brzusznej.** (*Arch. f. Gyn.*, tom 87, zesz. 2). Przerzuty pierwotnego raka macicy w jamie otrzewnej przydarzają się zwykle w późnym okresie jego rozwoju. Miejscem ich ulubionem jest zatoka Douglasa i otrzewna pokrywająca przeponę. Powstają one albo przez rozsiewanie się komórek nowotworowych, albo drogą naczyń limfatycznych. Pochodzenia limfatycnegzo są zwykle przerzuty w sieci i warstwie mięsnej jelit; powstają one drogą wsteczną z gruczołów otrzewnych, z którymi naczynia chłonne macicy i jelit są pośrednio połączone. Charakterystycznym dla przerzutów w jelitach jest ich okrężny rozwój, wywołujący kliniczne objawy zwężenia jelita. Czasem bardzo trudno rozstrzygnąć, czy w danym przypadku chodzi o przerzuty, czy też o pierwotną mnogość nowotworu. Pewne znaczenie może tu mieć okoliczność, że nowotwór pierwotny rozwija się zwykle szeroko w swem otoczeniu, natomiast przerzuty są ograniczone; nadto nowotwór przerasta zwykle wszystkie tkanki w otoczeniu ogniska pierwotnego, czego się nie spostrzega w przerzutach; w końcu zważyć należy, że pierwotne mnogie raki są rzadkie. Objawy kliniczne przerzutów polegają na przypadłościach, jakie guzy śródotrzewne zwykle wywołują, z dodatkiem objawów miejscowych zależnie od siedziby przerzutu, nierzadko objawów zwężenia jelit; bardzo często jednak brak wszelkich objawów, a dopiero sekcya stwierdza obecność przerzutów. Przerzuty w wątrobie powstają w 5—15% przypadków raka macicy, w każdym okresie jego rozwoju, nie wywołując najczęściej żadnych objawów. Dlatego też zaleca O. zawsze przy zabiegu doszczętnym operować drogą jamy brzusznej, w każdym przypadku dokładnie zbadać wątrobę i w danym razie równocześnie wykonać jej resekcyę (?). Przerzuty w wątrobie mogą powstać na drodze naczyń krwionośnych i limfatycznych, drogą krwionośną przez żyłę wrotną wskutek miejscowego wtargnięcia nowotworu wprost do żyły, albo, na co zwrócił uwagę Willimski, drogą żył odbytniczych dolnych po przejściu nowotworu na dalsze części odbytnicy. O. zwraca uwagę jeszcze na jedną drogę: żyły odprowadzające krew z wewnętrznych narządów rodnych, komunikują z żyłą główną dolną za pośrednictwem splotu macicznego, z którego odchodzi kilka gałązek do żyły wrotnej. Na drodze limfatycznej mogą przerzuty powstać za pośrednictwem naczyń chłonnych, otaczających żyłę wrotną, a komunikujących wprost z gruczołami i naczyniami chłonnemi miednicy, jakoteż przez przeniesienie wsteczne z gruczołów krezkowych do żyty wrotnej. Mimo tak licznych dróg i korzystnych warunków przerzuty nie występują w wątrobie tak często, coby przemawiało za tem, że komórki nowotworowe giną w wątrobie w znacznej ilości. Przekonano się istotnie, że wątroba wytwarza fermenty, które rozpuszczają komórki nowotworowe (*autolysis*). Jeżeli jednak rozwój raka pierwotnego tak już postąpił, że wywołał wpływ szkodliwy na cały ustrój, a więc i na czynności wątroby, wówczas osłabia się wytwarzanie jej fermentów do tego stopnia, że komórki nowotworowe już rozwinąć się w niej mogą. Fakt ten jest bardzo ważny, i tłómaczy, dlaczego przy wczesnem usunięciu ogniska pierwotnego, ustrój może jeszcze przyjść do siebie, tak, że dalsze przerzuty już nie wystąpią, a obecne jeszcze we krwi komórki nowotworowe zupełnie z niej znikają. Z drugiej strony przemawiają przerzuty w wątrobie za tem, że ustrój zużył już swą odporność w walce z nowotworem pierwotnym i że jego siły ochronne już się wyczerpują. Przerzuty w trzustce zdarzają się przy raku

macicy bardzo rzadko i zwykle tylko w daleko posuniętym okresie jego rozwoju; usadawiają się zwykle w głowie trzustki i nie wywołują najczęściej żadnych objawów; powstają zaś drogą limfatyczną przez przeniesienie wsteczne z gruczołów zaotrzewnych. *E. Ehrenpreis.*

Higuchi (Tokio): **O zdolności wessania błony śluzowej pochwy i macicy.** (*Arch. f. Gyn.*, tom 86, zesz. 3). Na zdrowej błonie śluzowej pochwy przedsiębrał H. próby z jodkiem potasu w postaci 10% rozczynu glicerynowego (do tamponów), 10—20% rozczynu wodnego (do tamponów), i kul kakaowych zawierających 1 gr. jodku potasu. Środki te wprowadzał H. we wzierniku do tylnego sklepienia pochwy, poczem wejście do niej zamykał watą, a do pęcherza moczowego wprowadzał cewnik, przez który co 5 minut wypuszczał trochę moczu celem badania na zawartość jodu; równocześnie badano także ślinę. W podobny sposób przeprowadzał H. doświadczenia z kwasem salicylowym, który stosował w 5% mieszance glicerynowej i w 10% rozczynie wyskoku, a w końcu i ze strychniną, którą wprowadzał do pochwy suk i królików w postaci pręcików kakaowych. Wyniki były następujące: błona śluzowa pochwy wessała powyższe 3 środki przy wszystkich sposobach stosowania i to najszybciej przy stosowaniu w czopkach kakaowych (jodek potasu w 22′ 39″; kwas salic. w 46′ 40″), powolniej przy użyciu rozczynów wodnych (jodek pot. w 42′ 30″; kwas salic. w 58′20″), a najpóźniej przy użyciu rozczynów glicerynowych (jod. pot. 2 godz. 44′; kw. salic. 2 godz.). Gdzie więc idzie o szybkie wessanie, należy środki lecznicze stosować w postaci kakaowych kul pochwowych. Gliceryna przeszkadza wessaniu wskutek odciągania tkankom wody. Zdolność wessania u tej samej kobiety niezawsze jest jednaka, zmniejsza się w wieku późnym, jest również mniejszą u wieloródek, aniżeli u kobiet, które nie rodziły; zwiększa się zaś w początkowym okresie ciąży, poczem się zmniejrza w miarę zbliżania się porodu; w połogu znowu nieco się zwiększa, poczem wraca do zwykłego stanu. W czasie miesiączki różnicy nie zauważono; natomiast opóźnia się wessanie w przypadkach owrzodzeń na części pochwowej. Podobnie zachowuje się także zdolność wessania błony śluzowej macicy, do których środki te w rozczynach wodnych H. wstrzykiwał zapomocą strzykawki Brauna. *E. Ehrenpreis.*

Prof. Zweifel: **Badania chemiczne treści pochwy ciężarnych.** (*Arch. f. Gyn.*, tom 86, zesz. 3). Döderlein wykazał, że bakterye zwykle znajdujące się w pochwie u ciężarnych są raczej pożyteczne, aniżeli szkodliwe, wobec czego należy je raczej hodować, aniżeli usuwać i niszczyć przez przestrzykiwania pochwowe, i że wydzielina prawidłowa pochwy oddziaływa zawsze kwaśno. Zweifel zajął się badaniem chemicznych własności tego kwasu, i wykazał, że jest nim kwas mleczny, wytworzony wskutek fermentacyi pod wpływem działania bakteryi, przyczem glikogenu dostarcza głównie błona śluzowa. Kwas ten znajduje się już to w stanie wolnym, już to związany z potasem, który niewątpliwie pochodzi ze śluzu szyjki macicy. Autor wykazał w białej wydzielinie pochwowej u pierwiastek 0,00633—0,0068 gr., a u wieloródek 0,005 gr. kwasu mlecznego na osobę; u wieloródek ze sromem prawidłowo zamkniętym 0,00564 gr. W wydzielinie ropiastej znaleziono mniej kwasu mlecznego — 0,0034 gr., a w krwawej tylko 0,0017 gr. na osobę. Kwasu mlecznego związanego znaleziono w wydzielinie prawidłowej średnio 0,00551 gr.; w wydzielinie ciężarnych chorych na wiewióra i kąpanych wykazano znacznie mniejsze ilości, szczególnie kwasu wolnego. Z badań tych można wysnuć praktyczny wniosek, że celem podniesienia działania naturalnego urządzenia ochronnego przeciw zakażeniom połogowym, należy u ciężarnych i położnic stosować przestrzykiwania pochwowe rozczynem kwasu mlecznego, przyczem używać należy rozczynów słabych 0,5%, a u kobiet wrażliwych tylko $^1/_3$%. Dalej stwierdził Z., że przez używanie pełnych kąpieli wydzielina pochwowa u pierwiastek nie traciła prawie zupełnie kwasu mlecznego, natomiast u wieloródek bardzo dużo, co niewątpliwie pozostaje w związku z mniej lub więcej otwartym sromem u wieloródek i dostaniem się do pochwy mniejszej lub większej ilości wody kąpielowej; podobnie zmniejszała się ilość kwasu mlecznego po przestrzykiwaniach pochwy zwykłą wodą wodociągową (kąpielową) — a zwiększała, jeżeli do przestrzykiwań użyto wody przekroplonej, a szczególnie fizyol. rozczynu soli. Zdaje się, że zwykła woda wiąże wolny kwas mleczny, czyniąc go przez to nieużytecznym, gdyż tylko wolny kwas mleczny działa bakteryobójczo, a nie jego sole. Ze względu na to radzi Z. ograniczyć używanie pełnych kąpieli u ciężarnych, szczególnie przed porodem, a w miejsce ich stosować zmywania oczyszczające z nacieraniami (nie gąbką), o ile możności wodą przepływającą; części rodne należy zmywać tylko zewnętrznie, a do przestrzykiwań używać tylko wody przekroplonej lub 0,5% rozczynu kwasu mlecznego w wodzie przekroplonej, względnie przy zakażeniach w fizyologicznym rozczynie soli. Przestrzykiwania te należy stosować także wśród porodu, w przypadkach przedwczesnego pęknięcia pęcherza płodowego, wody płodowe bowiem lub krew, zobojętniając lub nawet alkalizując wydzielinę pochwową, mogą się przyczynić do tem łatwiejszego rozwoju bakteryi chorobotwórczych. Dobre wyniki lecznicze otrzymał Z. również w przypadkach nieżytu pochwy lub szyjki po zastosowaniu przestrzykiwań kwasem mlecznym. *E. Ehrenpreis.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 26. maja 1909.

Przewodniczy Prof. Dobrowolski. Obecnych członków 44. Protokól z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

1) Prof. Kostanecki zdaje sprawę z dotychczasowej działalności komisyi przeciwgruźliczej i podaje do wiadomości, że komisya rozwiązuje się, natomiast powstaje krakowskie Koło »Towarzystwa walki z gruźlicą«. Przewodniczący dziękuje Prof. Kostaneckiemu, Prof. Kostanecki zaś podnosi zasługi wszystkich członków komisyi, zwłaszcza sekretarza kol. Korolewicza.

2) Kol. Eisenberg przedstawia **dwa nowe sposoby barwienia bakteryi gruźliczych.** Pierwszy z nich polega na tem, że preparaty barwione na gorąco fuksyną karbolową, odbarwia zapomocą formaliny (handlowy preparat 40%), unikając w ten sposób odbarwiania kwasem i alkoholem, niebezpiecznego dla form uszkodzonych. Druga metoda jest ulepszeniem eozynowej metody, podanej ostatnimi czasy przez Garisa. Barwi się preparaty gorącym rozczynem cyanozyny sublimatowej, odbarwia alkoholowym rozczynem ługu (KOH 1·0. KI 0·5, alkoholu 50% 100), a podbarwia słabym błękitem. Mimo, że zabarwione barwnikiem kwaśnym, bakterye gruźlicze występują mocno czerwono, podobnie jak przy metodzie Ziehla. Zamiast sublimatu można użyć jako zaprawy dla cyanozyny płynu Lugola, kwasu garbnikowego lub pikrynowego. Oprócz tych metod w ostatnim czasie znalazł E., że można barwić bakterye gruźlicze zapomocą fuksyny lub gencyany boraksowej (skład analogiczny, jak w błękicie Mansona), dalej zapomocą zieleni Bindscheidlera lub zieleni metylenowej karbolowej. Obszerniejsze badania nad zachowaniem się bakteryi gruźliczych w różnych warunkach wobec tych metod wykażą, czy metody te są lepsze od powszechnie używanych, t. j. czy zdołają one także barwić bakterye uszkodzone, nie barwiące się zapomocą zwykłych metod.

3) Prym. Borzęcki przedstawia **przypadek tocznia twarzy,** u chorej, u której napewno jest kiła. Odczyny Wassermanna i Pirqueta wypadły dodatnio, wobec czego przypadek przedstawia się niejasno. Prym. B. przychyla się do rozpoznania kiły, i w tym kierunku będzie prowadzić leczenie, a wyniki przedstawi na jednem z przyszłych posiedzeń.

4) Prof. Lewkowicz przedstawia: *a)* **przypadek gruźlicy gruczołów i scrophuloderma** u dziecka 2-letniego, w którym stosował wstrzykiwania tuberkulinowe z dobrym skutkiem. *b)* **Próby zobojętnienia odczynu tuberkulinowego zapomocą ciała Spenglera.**

5) Kol. Radliński przedstawia: *a)* dziewczynkę 9-letnią, u której z powodu przewlekłego wgłobienia **resekował całą okrężnicę** od kiszki ślepej do pętli esowatej, *b)* przypadek **resekcyi jelit z powodu postrzału.**

6) Doc. Gliński wygłosił wykład: **Dziedziczność, a usposobienie anatomiczne w gruźlicy.**

Dyskusya: Prof. Klecki omawia pojęcie dziedziczności. W sprawie *hereditas germinativa* wspomina o badaniach Carriera, na mocy których sądzi, że taka dziedziczność jest możliwa. Kol. Eisenberg podnosi, że biologiczne, a raczej funkcyonalne usposobienie musi chyba większą odgrywać rolę w sprawie gruźlicy, że tedy w tym kierunku należałoby przedewszystkiem pokierować dalsze badania. Zmiany Freundowskie zdołają tylko wytłómaczyć usposobienie miejscowe szczytów płucnych, nie tłómaczą natomiast, dlaczego ustrój wogóle zakażeniu gruźliczemu podlega, lub dlaczego w różnych przypadkach przebieg tego zakażenia taki jest różny. Doświadczenia Bartla nad niedo-

kształceniem narządu chłonnego zdają się w tym kierunku być pierwszym, a wiele obiecującym początkiem, o ile się w tym narządzie uzna najważniejszy narząd ochronny ustroju wobec zarazka gruźlicy. W sprawie szkodliwego wpływu na rozwój zarodka, możliwe jest obok uszkodzenia bezpośredniego przez jady, także i pośrednie przez upośledzenie zdrowia matki, a przez to i odżywienia płodu, uszkodzenie nieswoiste, ale z pewnością ważne dla sprawności przyszłego potomstwa i jego ogólnej odporności wobec zakażeń w życiu pozapłodowem. Kol. Emil Godlewski nie godzi się na łączenie wszystkich cech jako równoznacznych, i twierdzi, że większość cech, wymienionych przez Doc. Glińskiego, są to tylko cechy korrelacyjne. Prof. Bujwid staje w obronie szkoły bakteryologicznej. Prof. Ciechanowski zastanawia się nad praktyczną wartością podziału cech anatomicznych na istotne i korrelacyjne, nad pytaniem, o ile zmiany Freundowskie mogą się potęgować przez czynniki, później działające (nabyte), wreszcie zwraca uwagę na badania Albrechta, dotyczące międzyżebrzy i opłucnej u dzieci gruźliczych. Doc. Gliński zastrzega się przed zarzutem, jakoby niedoceniał szkoły bakteryologicznej, uważa krótkość chrząstki pierwszego żebra za istotny czynnik dziedziczności.

Sekretarz: *Dr Morawski.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XIX. Posiedzenie naukowe z dnia 28. maja 1909.

I. Kol. Orzechowski przedstawia chorego z **diplegia cerebralis**, ze znaczniejszem jednak porażeniem prawostronnem. U chorego występują napadowe skurcze mięśni twarzy, szczęki dolnej i rąk, oraz przykurczenia tułowia i kończyn dolnych. Prelegent przypuszcza, że objawy chorobowe są następstwem (chory doznał urazu) licznych drobnych wybroczyn w różnych miejscach układu nerwowego, i to głównie w drogach piramidalnych, wywołując owe napadowe skurcze, a po zagojeniu przykurczenia. W dyskusyi zabierali głos kol. Franke i Herman.

II. Kol. Czyżewicz (jun.) wypowiada: **Kilka słów o ciąży zewnątrzmacicznej.** Przechodząc rozpoznanie, przebieg i leczenie ciąży zewnątrzmacicznej mówi o 10 przez siebie operowanych przypadkach tej sprawy, oraz przedstawia nader ciekawe i pouczające preparaty ciąży zewnątrzmacicznej, uzyskane w czasie operacyi. W dyskusyi zabiera głos kol. Prof. Sołowij i kol. Obtułowicz, podnoszący z naciskiem konieczność operacyi w przypadkach ciąży zewnątrzmacicznej. *Nowicki.*

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie dnia 23 lutego 1909 r.

Bychowski mówił: **O niektórych wskazaniach do radykalnej lub paliatywnej trepanacyi przy nowotworach mózgu.**

Celem łatwiejszego rozumienia poruszonej sprawy, przedstawił prelegent: 2) 24-letniego mężczyznę z bólami głowy, zawrotami, drgawkami ogólnemi i obustronną tarczą zastoinową. Prelegent rozpoznaje w przypadku tym nowotwór mózgu, bez możności określenia miejsca, jakie zajmuje nowotwór. Siła wzroku u chorego w ostatnich czasach zmniejsza się. 2) 20-letnią dziewczynę z obustronnym zanikiem nerwów wzrokowych po uprzedniem zapaleniu nerwu. Cierpienie powstało przed 3 laty: bóle głowy, wymioty, zapalenie nerwu wzrokowego, porażenia niektórych mięśni ocznych. Rozpoznawano nowotwór mózgu (na podstawie?) bez możności zabiegu doszczętnego. Od 2 lat chora niema żadnych objawów prócz zupełnej ślepoty. 3) 22-letnią dziewczynę, u której przed 2 laty wystąpiły objawy guza w okolicy prawej strefy czuciowo-ruchowej, oraz zmiany na dnie oka. Na proponowany w swoim czasie zabieg chora nie zgodziła się. Obecnie jest zupełnie ślepa wskutek zaniku nerwów wzrokowych, oraz ma lewostronne porażenie połowicze. 4) 65-letniego mężczyznę, który w przeciągu lat 6 miewał częste napady padaczki Jacksona, bez zmian ze strony dna oka i bez bolów głowy i wymiotów. U chorego tego rozpoznano guz mózgu. Za pomocą trepanacyi (kol. Raum) przed $2\frac{1}{2}$ laty usunięty został śródbłoniak opony twardej, który uciskał na strefę czuciowo-ruchową. Po zabiegu pozostał niedowład połowiczy, ale napadu drgawek nie było. 5) Mięsak zajmujący prawie cały prawy zraz czołowy i zlewający się z istotą mózgową. Cierpienie zaczęło się od bolów głowy i wymiotów; zanik nerwu wzrokowego; objawów miejscowych żadnych nie było. 6) Dający się łatwo wyłuszczyć mięsak móżdżku, zajmujący prawie całą lewą półkulę. Chora przybyła już z zanikiem nerwów wzrokowych. Na podstawie objawów miejscowych (zniesienie słuchu, brak odruchu rogówkowego) można było określić siedzibę nowotworu. Nieznośne bóle głowy i nieustające wymioty zniewoliły do trepanacyi w miejscu wskazanem (kol. Raum). Po otwarciu czaszki bóle głowy ustąpiły Rozmiary mięsaka uczyniły niemożliwym zabieg doszczętny. 7) Mózg z mięsakiem przerzutowym w lewym zrazie ciemieniowym; za życia określono dobrze siedzibę nowotworu na zasadzie aleksyi.

Trzymając się zwykłego podziału symptomatologii nowotworów mózgu na objawy ogólne i miejscowe, omawia prelegent te przypadki, gdzie na pierwszy plan występują objawy miejscowe, oraz te, przy których cała sprawa odbywa się tylko przy objawach ogólnych. Przy obecności prawdopodobnych objawów miejscowych jest wskazanie do zabiegu doszczętnego, przyczem zwlekać z nim aż do wystąpienia objawów ogólnych nie należy (jak to było w przypadku IV). Na różne niespodziewane przypadki należy być przygotowanym: preparaty V i VII dowodzą, że nawet dokładnie umiejscowiony nowotwór może nie dać się wyłuszczyć. Odnosi się to również i do nowotworów podkorowych. Najłatwiejsze do usunięcia są nowotwory strefy czuciowo-ruchowej. Prelegent zatrzymuje się dłużej nad nowotworami móżdżku, które już obecnie dają zachęcający odsetek skutecznego zabiegu doszczętnego. Wspomina też B. o możliwości dokładnego rozpoznania i doszczętnego usuwania nowotworów przysadki mózgowej, przyczem powołuje się na osobiście spostrzegany i skutecznie operowany przypadek.

Z kolei przechodzi prelegent do tych przypadków, gdzie występują tylko, lub prawie tylko, objawy ogólne. Za najważniejszy z nich objaw uważać należy zmiany na dnie oka, które częstokroć bardzo szybko wiodą do ślepoty ogólnej (przypadki II, III, V i VI).

Zamiast tracić czas na leczenie przeciwkiłowe, radzi B. we wszystkich przypadkach, gdzie systematyczne badanie stwierdza postępujące osłabienie wzroku, przystępować do trepanacyi paliatywnej. W ten sposób uda się zapobiedz w wielu przypadkach takiemu strasznemu kalectwu, jakiem jest ślepota. Jest to tem ważniejsze, że obecnie znane są przypadki, rozpoczynające się przy objawach nowotworu, gdzie zmiany oczne z biegiem czasu wiodą do ślepoty, objawy zaś nowotworu ustępują (*meningitis serosa, pseudotumor*). Tacy chorzy skazani są na długoletnią ślepotę (przypadek II). Tymczasem trepanacya zapobiegawcza z wielkiem prawdopodobieństwem uchroniłaby od ślepoty. Przytoczona przez mówcę statystyka (Sängera, Hippela, Lestie J. Patona) dowodzi, że po trepanacyi paliatywnej już po kilku dniach wzrok zaczyna się poprawiać wybitnie. Dowodzi też przytoczona statystyka, że sama trepanacya staje się zabiegiem coraz mniej niebezpiecznym. Kocher wprost uważa ją za rękoczyn zupełnie niewinny.

Mówca omawia dalej rozmaite sprawy sporne, tyczące się samego wykonania i miejsca trepanacyi. Odczyt kończy słowami Horsleya, że ciężka odpowiedzialność spada na lekarza, który przy zmianach nerwu wzrokowego nie zalecił energicznie trepanacyi i do ślepoty dopuścił.

W dyskusyi — zwraca Bregman uwagę na trudności ogólnego i miejscowego rozpoznawania nowotworów mózgu. B. spostrzegał 2 przypadki, w których pomimo klasycznych objawów nowotworu mózgu (w jednym np. niemota napadowa oraz padaczka Jacksona, w drugim — wybitne objawy ogólne uciskowe i bezład móżdżkowy) badanie pośmiertne nowotworu nie stwierdziło (t. zw. nowotwory rzekome). W innym przypadku, operowanym przez Oderfelda, na zasadzie padaczki Jacksona i ograniczonego porażenia rozpoznano nowotwór ośrodka kończyny górnej; badanie pośmiertne wykryło nowotwór w zrazie czołowym w sąsiedztwie przedniego brzegu otworu trepanacyjnego. Jeszcze mniej pewne jest rozpoznanie nowotworów tylnej jamy czaszkowej. Błędy są możliwe i przy rozpoznawaniu nowotworów kąta między mostem a móżdżkiem; w jednym przypadku znajdował B. i głuchotę i brak odruchu rogówkowego, a mimo to nowotwór zajmował ciało czworacze i tylko brzegiem tylnym dotykał móżdżku. W przypadkach, w których rozpoznanie miejscowe jest pewne, uważa B. zabieg za niezbędny. Wyniki zabiegów nigdzie nie są świetne: Oppenheim podaje kilka, Starr 5% wyzdrowień. Wskazania do trepanacyi paliatywnej, — zdaniem B. — należy ograniczyć. Samo otwarcie czaszki (jak to zaleca Frazier) nie zmniejsza dostatecznie ciśnienia wewnątrzczaszkowego, przecięcie zaś prócz tego opony twardej zwiększa możliwość zakażenia i stwarza warunki do powstawania wypa-

dnięcia mózgu. B. spostrzegał przypadek — operowany za granicą — w którym nowotworu nie znaleziono, natomiast w następstwie trepanacyi (w okolicy ciemieniowej lewej) powstała niemota ruchowa, połowiczy niedowład prawostronny, oraz zupełna ślepota. Trepanacya paliatywna niekiedy istotnie powstrzymuje rozwój ślepoty, ale bynajmniej nie zawsze. Należy też mieć na względzie, iż chorzy z trudnością zgadzają się na ten zabieg.

L. Kopczyński na poparcie twierdzeń prelegenta przypomniał przypadek własny nowotworu białej istoty półkuli mózgowej, w którym w ciągu lat dziesięciu trwały coraz częstsze napady padaczki Jacksona z przejściowym niedowładem połowiczym i niemotą. Po pierwszej trepanacyi drgawki przez ½ roku nie zjawiały się, po drugiej również nie było ich kilka miesięcy i chora przez ten czas była zdolna do pracy. K. przypomina też opisy przypadków padaczki samoistnej, w których trepanacya paliatywna usuwała napady na czas dłuższy, zapewne wskutek pomyślnego wpływu na wahania w ciśnieniu krwi w korze mózgowej. W przypadkach nowotworu mózgu trepanacya niewątpliwie powstrzymuje przejście tarczy zastoinowej w zanik nerwów wzrokowych przez poprawę krążenia krwi w oczodołach.

Prezes Gabszewicz zapytuje prelegenta, czy w piśmiennictwie podano pogorszenie wzroku w tych przypadkach nowotworów mózgu, w których stosowano leczenie przeciwkiłowe, jak się to zdarzyło w przypadku, przytoczonym przez prelegenta. Bychowski sądzi, iż obawa ogółu przed trepanacyą nie powinna wpływać na zdanie lekarzy o potrzebie tego zabiegu w odpowiednich przypadkach. Rozpoznanie miejscowe często zawodzi, ale tem bardziej w przypadkach takich nie należy wycieńczać chorych leczeniem przeciwkiłowem, ale odrazu przystąpić do zabiegu, zwłaszcza, że objawy mogą nieraz ustąpić, a mimo to zmiany na dnie oka doprowadzą do zaniku nerwów wzrokowych. Statystyka Saengera, Hipla i innych dowodzi niewątpliwie, że pod wpływem trepanacyi zapalenie nerwów wzrokowych prawie zawsze ustępuje. W wydaniu ostatniem swego podręcznika ocenia Oppenheim odsetkę wyleczeń po operacyi nowotworów mózgu nie na kilka, lecz na dwadzieścia kilka. Należy również liczyć się ze zdaniem Kochera, Horsleya i innych, według których trepanacya sama przez się nie jest połączona z niebezpieczeństwem. Dane powyższe nakazują bezwarunkowo zalecać trepanacyę czaszki w odpowiednich przypadkach. *Antoni Majewski.*

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z dnia 17. marca 1909.

Przewodniczący kol. Krusche.

1) Kol. J. Brudziński przedstawia przypadek **mongołowatości** u chłopca 4½-letniego, którego od 1¾ roku wieku ma w obserwacyi i leczy kołaczykami tyreoidyny. W tej samej rodzinie młodsza dziewczynka, którą B. widział już w miesiąc po urodzeniu, miała niewybitny typ mongołowatości, który się z wiekiem stał wybitniejszy. Dziecko to zmarło w wieku 1½ roku na gruźlicę płuc. Matka tych dzieci jest osobą lat przeszło 40, oboje rodzice nerwowi. Chłopiec ten opisany był przez B. w pracy p. t. »O Myxoedema, Mongolismus i Mikromelia« (Czasop. lek., r. 1907, zesz. 6—8), wtedy miał 2½ lat, wtedy zaczął już trochę chodzić, trzymany za jedną rękę, siedział zupełnie samodzielnie. Obwód głowy wynosił 47½ ctm, długość ciała 81 ctm. Rozwój psychiczny bardzo upośledzony, chory powtarza pojedyncze wyrazy. Obecnie po 2 latach (dziecko brało po 0,1—0,15 tyreoidyny dziennie z dużemi przerwami) dziecko chodzi nie podtrzymywane, wymawia dość dużo słów, powtarza wierszyki, ale słowa przekręca bardzo; jest bardzo ruchliwe, psotne. Dotąd nie nauczyło się połykać stałych pokarmów. Obwód głowy zwiększył się do 48½, wzrost wynosi 83 ctm. Język, jak dawniej, trzyma na wierzchu. Wyraz twarzy, jak dawniej, charakterystyczny dla mongołowatości. B. przedstawia dziecko dla wykazania stałego, choć powolnego rozwoju dziecka w przeciwieństwie do dzieci mongołowatych — idyotów, które nie wykazują żadnych postępów, jak np. przypadek, przedstawiony na jednem z poprzednich posiedzeń.

2) Kol. Trenkner przedstawia dziecko z **chorobą Littlea.**

3) Kol. Pański Al. przedstawia przypadek **chromania przestankowego** (claudication intermittente). Chory ma lat 50. Od 10 lat miewa bole w dolnych kończynach. Bole wzmagały się, gdy chory chodził dużo, ustawały zaś, gdy wypoczywał. Czasami podczas chodzenia występowały tak silne bole w łydkach, iż chory musiał stać parę minut i, wypocząwszy, mógł dopiero pójść dalej. Od paru miesięcy miewa silne bole nawet, gdy leży w łóżku. Nogi, zwłaszcza lewa, fioletowo zabarwione. Paluch lewej nogi ciemno-fioletowy. Nogi zimne. Tętnienia naczyń nożnych, zarówno przednich, jak i tylnych, nie wyczuwa się zupełnie. Na paluchu lewej stopy chory nie czuje ani dotyku, ani ukłucia. Odruchy kolanowe, ścięgna Achillesa, skórne bez zmian. Narządy wewnętrzne, zwłaszcza serce, bez zmian chorobowych. W naczyniach zwapnienie, odpowiadające wiekowi chorego. Kiły nie przebywał. Palił po 10 papierosów dziennie. Brak tętnienia w naczyniach nożnych, charakterystyczny ból, występujący podczas chodzenia i zmuszający chorego do przystawania, fioletowe zabarwienie stóp, częściowo znikające po wypoczynku, przemawiają za rozpoznaniem chromania przestankowego.

4) Kol. Pański przedstawia przypadek **porażenia zmysłu stereognostycznego.**

5) Kol. Pański przedstawia przypadek **stwardnienia rozsianego.** A. F., 33 l., chora od 5 miesięcy. Po przeziębieniu osłabienie lewej kończyny dolnej; wkrótce potem osłabienie prawej kończyny dolnej i trudność przy oddawaniu moczu. W pozycyi siedzącej trętwienie lewej nogi. Zamężna, 6 razy rodziła; obłożnie nie chorowała; kiły nie miała. Skarży się na bole kręgosłupa i osłabienie nóg. Chód poraźno-kurczowy, na lewej kończynie dolnej więcej wyrażony. Przy chodzeniu zatacza się. Stoi swobodniej na prawej nodze, niż na lewej. W pozycyi leżącej unosi ku górze kończyny dolne niedostatecznie i nieco bezładnie, przyczem prawą może unieść wyżej, niż lewą. Przy ruchach biernych znaczny opór. Czucie na dolnych kończynach zachowane. Gdy jednak chora się kąpie, zdaje jej się, że woda jest zimniejsza po lewej stronie. Odruchy kolanowe żywe, lewy żywszy. Odruchy ścięgna Achillesa: prawy żywy, lewy nieznaczny Objawy Babińskiego i Oppenheima z obydwu stron bardzo żywe. Objaw Oppenheima występuje już przy ucisku goleni palcem. Odruchów brzusznych brak z obydwu stron. Odruch m. trójgłowego prawy żywszy, niż lewy Siła górnych kończyn dostateczna. Drżenia intencyjnego niema. Mowa płynna. Zez rozbieżny. Drżenie gałek ocznych (*nystagmus horizontalis*) bardzo wyraźne. Źrenice prawidłowej postaci, średniej szerokości, oddziaływają na światło. Tarcze nerwów wzrokowych bez zmian patologicznych. Kurczowo-poraźny chód, zataczanie się przy chodzeniu, zaburzenia przy oddawaniu moczu, drżenie oczu, odruchy Babińskiego i Oppenheima, zwiększony opór przy ruchach biernych, parestezya, wiek chorej i brak podejrzenia kiły zupełnie wystarczają do rozpoznania stwardnienia rozsianego.

6) Kol. Kaufman wygłasza odczyt: **O teoryi Darwina.** Zbyt mało pamiętamy o wpływie doświadczenia na nauki lekarskie. Teoryę tę, poza znaczeniem ogólnem prawa rozwoju dla wszystkich gałęzi biologii, łączą z medycyną sprawy różne, n. p. nauka o dziedziczności, sprawa narządów szczątkowych, tak ważna w etyologii chorób, sprawa regulacyi organicznych etc. Coraz pewniejszem się staje, iż człowieka nie można oderwać od reszty świata organicznego, i że tylko na tle rozwojowem zrozumieć dobrze można zarówno jego budowę, jak i czynności, prawidłowe i chorobowe, różnych jego narządów. Niewątpliwie też w przyszłości w nauczaniu medycyny odpowiednie miejsce, obok anatomii porównawczej, zajmie też porównawcza fizyologia i porównawcza patologia.

Teoryę Darwina o powstaniu całego świata istot żyjących drogą rozwoju z jednej lub kilku istot pierwotnych, niezależnie od tego, jak pojmować będziemy czynniki tego rozwoju, uważać należy za niezbicie udowodnioną. Dowodów dostarczyły: 1) klasyfikacya roślin i zwierząt, 2) anatomia porównawcza, 3) embryologia, 4) paleontologia i 5) geograficzne rozmieszczenie roślin i zwierząt. W sprawie pochodzenia człowieka nowych argumentów dostarczyły studya nad działaniem krwi ludzkiej na małpy człekokształtne, badania Selenki, dotyczące budowy łożyska u tychże zwierząt, i wreszcie doświadczenia Miecznikowa i Neissera z zaszczepieniem im przymiotu.

Spór toczyć się obecnie może już nie o darwinizm, lecz tylko o jego czynniki. Darwin za sprężyny rozwoju uważał: zmienność, dziedziczność i dobór naturalny. Zależnie od poglądów na rolę tych czynników powstały późniejsze modyfikacye darwinizmu: weissmanizm, neolamarkizm i mutacyonizm. Z pośród kilku postaci zmienności roślin i zwierząt De Vries wyodrębnił jedną — zmienność skokową — i spostrzeżenia swoje nad powstaniem nowych odmian niesiołka (*oenothera lamarckiana*) wziął na podwalinę do teoryi mutacyonizmu. Weissman, opierając się na studyach Hertwiga, Van Benedena i innych nad przebiegiem zapłodnienia, zbudował swoją teoryę dziedziczności, jej myślą przewodnią jest ciągłość plazmy zarodkowej, która jest

podkładem cech dziedzicznych i stanowi nić łączącą szeregi pokoleń. Weissman odmawia znaczenia wpływom zewnętrznym, nie uznaje dziedziczności cech nabytych i główną sprężynę rozwoju widzi w doborze naturalnym. W przeciwieństwie do tego poglądu neolamarkizm, powołując się na spostrzeżenia botaniczne i niektóre zoologiczne (Standfussa, Fischera i in.) kładzie nacisk na wpływ warunków zewnętrznych i broni dziedziczności cech nabytych.

Odnajdowanie poza doborem naturalnym innych, wewnętrznych przyczyn rozwoju doprowadziło do zmartwychwstania pojęcia o celowej energii życiowej pod nazwą neowitalizmu. Dążenia te zwróciły uwagę na sprawę regulacyi organicznych i były pobudką do bardzo ciekawych doświadczeń Wolffa, Morgana i in. w zakresie zdolności regeneracyjnych różnych zwierząt.

Teorya Darwina i bezpośrednio i ubocznie bardzo przyczyniła się do ożywienia nauk' lekarskich. To też pamięci jej twórcy należy się hołd także ze strony przedstawicieli medycyny.

Towarzystwo lekarskie radomskie.

Posiedzenie dn. 6 lutego 1909 r.

Przewodniczący kol. H. Fidler. Obecnych: 20 członków i 2 gości.

Po otwarciu posiedzenia kol. Prezes zawiadomił o śmierci rzeczywistego członka Towarzystwa, prow. ś. p. Eugeniusza Janiszewskiego. — Obecni uczcili pamięć zmarłego przez powstanie z miejsc, a nadto zamiast wieńca na trumnę złożyli na rzecz istniejącego przy Towarzystwie funduszu dla wdów i sierot po lekarzach ziemi radomskiej 16 rb. 50 kop.

1. Kol. Prezes wita obecnych na posiedzeniu gości: kol. Szokalskiego i prow. Dorocińskiego.

2. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

3. Odczytano odezwę Sekretaryatu Delegacyi Zjazdów Lekarzy i Przyrodników Polskich w sprawie zbierania przez lekarzy statystyki gruźlicy jednolicie według nadesłanego wzoru. Postanowiono: Zbierać rzeczone wiadomości statystyczne, uprzednio jednak zwrócić się do Sekretaryatu o łaskawe nadesłanie większej ilości bloczków statystycznych.

4. Kol. Przewodniczący, zaprosiwszy na skrutatorów: kol. Kossaka i kol. Raszkesa, zarządził głosowanie tajne nad wyborem 3 członków Komisyi Rewizyjnej. Większością głosów wybrani zostali na Członków Komisyi Rewizyjnej: 1) kol. Feliks Bijejko, 2) prow. Julian Kasprzykowski i 3) prow. Feliks Łagodziński (ponownie).

5. Kol. Fuksiewicz odczytał rzecz p. t. **Przypadek dwustronnego ropnego zapalenia opłucnej, wyleczony zapomocą operacyi radykalnej**.

22-letni S. R., szewc z Przytyka, pochodzi ze zdrowej rodziny; ojciec umarł na cholerę, matka, bracia i siostry żyją i są zupełnie zdrowi; poprzednio, kilka lat temu, chorował na dur brzuszny, poza tem był zupełnie zdrów, nie kaszlał. 26 października r. z. nagle wystąpiły dreszcze, kłucie w lewym boku, gorączka, a w cztery dni później chory poczuł kłucie w prawym boku; plwocina była rdzawa; leczył się u miejscowego lekarza i objawy chorobowe po upływie tygodnia zmniejszyły się znacznie, lecz w 3 dni później rozpoczęły się na nowo: dreszcze, kłucie w bokach i gorączka. Wtedy zdecydował się jechać do Radomia i przez kol. Finkelstejna 10 listopada został skierowany do szpitala S-go Kazimierza. — Stan chorego ciężki, wybitna duszność, lekka sinica, tętno drobne 108, ciepłota 38,4°. W dolnych odcinkach klatki piersiowej wyraźne stłumienie, oddech znacznie osłabiony, jak również drżenie. Dokonane próbne nakłucie wykazało w prawej opłucnej płyn surowiczy, mętnawy, opalizujący — w lewej zaś — płyn ropiasty, dosyć gęsty z odcieniem zielonawym. Wobec tego referent wypompował płyn z prawej opłucnej, ale ilość płynu okazała się nieznaczną, zaledwie około 30 ctm³, a 11. listopada przy pomocy kolegów: Kosickiego i Rogozińskiego w uśpieniu chloroformowem dokonał referent przecięcia klatki piersiowej z lewej strony i wycięcia kawałka 9. żebra w linii łopatkowej. Po otwarciu opłucnej wylało się około litra dosyć gęstej ropy; w otwór opłucnej wprowadził F. gumowy sączek. Chory zniósł dobrze ten zabieg i nazajutrz ciepłota obniżyła się do 37,2°. Wydzielina ropna z otwartej opłu-4nej obfita, kaszel męczący jednak nie ustaje. Stan taki trwał c dni. 15 listopada ciepłota podniosła się do 38,3°, ból w prawym boku zwiększył się, dokonane nakłucie prawej opłucnej dało płyn ropny, wobec czego nazajutrz przystąpił referent do operacyi prawostronnego ropnego wysięku: wypełniwszy dokładnie gazą otwór w lewej opłucnej, przy znieczuleniu płynem Schleicha, wyciął referent kawałek 9. żebra w linii łopatkowej, w opłucnej zrobił otwór bardzo mały i stopniowo z niej wypuszczał ropę, obawiając się gwałtownego powstania odmy piersiowej; następnie w otwór wprowadził pas gazy jodoformowej. Chory cały zabieg zniósł bardzo dobrze. Gazę usunięto dopiero na trzeci dzień i zamiast niej założono gumowy sączek. Ciepłota stopniowo się obniżała, ogólny stan chorego poprawił się znacznie i 26 stycznia obydwie rany były zagojone. Chociaż w danym przypadku, ze względu na brak odpowiedniego urządzenia, nie dokonano badania bakteryologicznego wysięku, jednak z przebiegu choroby można twierdzić, że mieliśmy do czynienia z metapneumonicznym obustronnym wysiękiem ropnym. Wogóle dwustronne ropne zapalenia opłucnej zdarzają się przy zakaźnych chorobach, gruźlicy, raku, ropnicy, zatorach płucnych i po przebytem obustronnem zapaleniu płuc. W piśmiennictwie znalazł referent 125 przypadków dwustronnego ropnego zapalenia opłucnej, zebrane przez Hellina[1]), z których 37 zakończyło się śmiercią. Najczęstszą przyczyną powstawania dwustronnego ropnego zapalenia były pneumokoki — podług Guicharda w 55,8%, podług Hellina w 50%, chociaż ta statystyka nie jest ścisłą, ponieważ w wielu przypadkach nie dokonano badania bakteryologicznego. Do bardzo rzadkich należą dwustronne ropne zapalenia opłucnej, wywołane przez gronkowce i powstałe w okresie popołogowym — te zapalenia panowały epidemicznie w 1884 r. w Maternité w Paryżu, gdzie w jednym miesiącu było 14 przypadków z zejściem śmiertelnem w przeciągu 4—5 dni; późniejszy przypadek, podany przez Austa[2]), zakończył się wyzdrowieniem.

Co się tyczy leczenia dwustronnego ropnego zapalenia opłucnej, to najracyonalniejszą jest doszczętna operacya (przecięcie klatki piersiowej z wycięciem kawałka żebra) przyczem wielu autorów (Heiman i inni) jest zdania, aby najpierw wypompować płyn z prawej opłucnej i operować wysięk lewostronny ze względu na działalność serca, a w kilka dni później — prawostronny (w zebranych przez Hellina przypadkach przeciąg czasu między jedną a drugą operacyą waha się od 2—41 dni). Poprzestawanie na wypompowywaniu wysięku nie jest wskazane ze względu na to, że zabieg ten musi być powtórzony kilkakrotnie (nawet 10 razy), co jest dla chorego za męczące i może wywołać obostrzenie sprawy przez powtórne zakażenie opłucnej. Obustronne otwarcie opłucnej nie jest dla chorego niebezpieczne, jeżeli odma piersiowa nie powstaje gwałtownie i dlatego też w podobnych przypadkach otwierać opłucnę należy powoli i otwór robić niewielki, aby uniknąć gwałtownej zmiany ciśnienia w opłucnej (Hellin) (Streszczenie własne).

6. Kol. Raszkes przedstawił preparat **macicy wyciętej z powodu złośliwego nabłoniaka kosmówki** (*chorion-epithelioma malignum*). Chora D. Z, 49 lat mająca, rodziła 10 razy, ostatnie dziecko przed 6 laty. Poroniła w 3. miesiącu ciąży przed 15 laty i w 2. przed 8 laty. Po ostatnim porodzie peryody pojawiały się regularnie co 4 tygodnie, niezbyt obfite. Przed 3 miesiącami — poronienie w 3. miesiącu ciąży; — było przytem bardzo duże krwawienie, wobec czego lekarz miejscowy dokonał skrobania macicy. Po skrobaniu chorowała chora przez 3 tygodnie na »zapalenie macicy«. W 6 tygodni po skrobaniu nastąpił drugi krwotok, a po 2 tygodniach — trzeci. Odtąd krwawienia powtarzają się ciągle w niewielkiej ilości. — Badając chorą po raz pierwszy, stwierdził R. znaczną bladość skóry i błon śluzowych. Tętno małe — 120. Chora kaszle, w plwocinie — ślady krwi. Tony serca czyste; w płucach nigdzie niema stłumienia, natomiast w różnych miejscach wilgotne rzężenia. Macica mała, w tyłopochyleniu; ujście maciczne zamknięte, bez owrzodzeń; jajniki i jajowody prawidłowe. Przypuszczając, że ma do czynienia z małemi resztkami po poronieniu, R. dokonał bez uśpienia skrobania macicy. Już przy sondowaniu i rozszerzaniu ujścia macicznego rozszerzadłami Hegara zastanowiło referenta ogromne krwawienie, które nagle powstało. R. wydobył łyżeczką z jamy macicznej mały pęcherzyk, jakby zaśniadu groniastego i nie duży kawałek tkanki nowotworowej. Ponieważ krwawienie było bardzo znaczne, R. operacyi nie dokończył i zatamponował mocno macicę i pochwę gazą jodoformową. Rozpoznawszy nabłoniaka kosmówki, dokonał R. nazajutrz przy pomocy Kosickiego i Fuksie-

---

[1]) D. Hellin. — Berl. klin. Wochenschr. 1905 r. i Arch. für klin. Chirur. 1907 — Ueber doppelseitiges Empyem von Dionys Hellin (Warschau).

[2]) Münch. med Wochenschr. 1892 r.

wicza wycięcia macicy przez pochwę (exstirpatio uteri vaginalis). Otrzewnę zeszyto, do pochwy założono mały sączek gazy jodoformowej. Przed operacyą na $1^1/_2$ godz. wstrzyknięto chorej skopolaminę z morfiną, tak iż przy operacyi zużyto bardzo mało chloroformu. Tętno już przed operacyą bardzo drobne — 130 na minutę. Nazajutrz po operacyi powstały niewielkie bole brzucha, brzuch nie wdęty, na ucisk mało bolesny. Tętno bardzo drobne pomimo wstrzykiwań płynu fizyologicznego. Mocz oddaje chora sama; wiatry obfite. 4. dnia po operacyi chora zmarła przy objawach coraz słabszej działalności serca. Wycięta macica jest wielkości prawidłowej. W dolnej części jamy macicznej w okolicy wewnętrznego ujścia macicznego z lewej strony, znajduje się okrągłe owrzodzenie wielkości monety 6-groszowej; warstwa mięsna w tem miejscu jest tak cienka, że zgłębnik, wprowadzony z zewnątrz do naczynia (*vena uterina*), wchodzi bez przeszkód do jamy macicznej. Tem daje się objaśnić ogromne krwawienie, które powstawało przy wprowadzaniu do jamy macicznej zgłębnika, a szczególnie rozszerzaczy. W średniej części jamy macicznej znajduje się drugie owrzodzenie, wielkości monety dwugroszowej. W okolicy dna macicy znajduje się guz, nie owrzodziały, wielkości małego orzecha. Badanie drobnowidowe owrzodzeń i guza, łaskawie dokonane przez Dr Dmochowskiego w Warszawie, potwierdziło rozpoznanie złośliwego nabłoniaka kosmówki. (Streszczenie własne).

7. Kol. Kossak odczytał rzecz p. t. **Przypadek choroby Werlhoffa.** (Przeznaczone do druku).

Dyskusya. — Kol. Raszkes zwraca uwagę na silne bole żołądka, jako na bardzo ciekawy objaw w opisanym przypadku. — Kol. Fidler zaznacza, że plamica zwykła, gnilec i choroba Werlhoffa są to tylko różne okresy tej samej choroby, o różnej sile natężenia; najciekawszem jednak zjawiskiem były bole żołądka, występujące jednocześnie z wybroczynami na skórze. Jaka więc mogła być przyczyna owych bólów i jaki związek zachodzi pomiędzy tymi bolami a całokształtem objawów przy omawianem cierpieniu? Ponieważ bole w żołądku występowały jednocześnie z wybroczynami na skórze, ponieważ w chwilach wolnych od wybroczyn — bolów nie było, ponieważ bole nie zależały od przyjmowania pokarmów, przeto rodzi się przypuszczenie, że podłożem anatomicznem bolów były również wybroczyny w żołądku. Wybroczyny w błonie śluzowej lub podśluzowej musiałyby z biegiem czasu wywołać powierzchowną lub też większą martwicę tkanek, chociaż na ograniczonej przestrzeni, a więc wytworzenie się nadżarć ew. owrzodzeń. Mielibyśmy tedy obraz okrągłego wrzodu żołądka z właściwymi tej chorobie objawami, a więc powstawaniem bolów w zależności od przyjęcia pokarmów. W danym przypadku jest to najzupełniej wykluczone — pozostaje więc jedynie objaśnienie, iż wylewy punkcikowate powstawały w zakończeniach nerwów czuciowych żołądka wtedy, gdy taż sama przyczyna wywołała wybroczyny na skórze. Za dowód prawdopodobieństwa powyższego objaśnienia służyć może ten fakt, iż, gdy pod wpływem odpowiedniego leczenia ustało krwawienie w skórze, bole w żołądku więcej nie powracały. — Kol. Szczepaniak przypuszcza zależność bolów żołądka od wylewów krwawych wprost w tkankę ścian żołądka i powstającego przez to ucisku na zakończenia nerwowe, oraz na gruczoły leżące w błonie śluzowej żołądka. Stąd zmiany w składzie soku żołądkowego, fermentacya i rozszerzenie żołądka, stąd też i bole na tle ucisku mechanicznego. Wylewów krwawych w miąższ n. n. czuciowych oraz ruchowych, jako czynnika tłómaczącego bole żołądka u przedstawionego chorego, kol. S. nie może uznać za uzasadnione. — Kol. Pełczyński nie widzi konieczności utożsamiania gnilca i choroby Werlhoffa, twierdząc, że dotychczas nie widzi ku temu żadnej zasady i tylko badania przyszłe mogą tę sprawę rozstrzygnąć. Kol Kossak, — zgadzając się, że trudno w pewnych przypadkach oddzielić plamicę zwykłą od krwotocznej, odróżnia jednak gnilec od choroby Werlhoffa. Na łączność tych chorób wskazywał również Oswald Moritz, jednak ze względu na etyologię, przebieg kliniczny, warunki, w jakich każda z tych chorób powstaje, bezskuteczność leczenia przeciwgnilcowego w przypadkach choroby Werlhoffa — należy uważać te dwie choroby za zupełnie odrębne.

Posiedzenie dnia 6 marca 1909 r.

Przewodniczący kol. Kazimierz Marx. — Obecnych 18 członków.

Posiedzenie otworzył kol. Prezes i zawiadomił o śmierci członka rzeczywistego naszego Towarzystwa Dra Adolfa Pompera. Obecni uczcili pamięć zmarłego przez powstanie z miejsc, oraz złożyli 20 rb. na istniejący przy Towarzystwie fundusz dla wdów i sierot po lekarzach Ziemi Radomskiej.

Przed porządkiem dziennym kol. Raszkes przedstawił przypadek **raka części pochwowej macicy ciężarnej.** Chora K. S. bardzo wątła, 44 lat mająca, rodziła 8 razy; ostatni poród przed 3 laty. Po ostatnim porodzie peryody zjawiały się prawidłowo, co 4 tygodnie, od 3 zaś miesięcy ciągłe krwawienia, niekiedy większe, niż bywały przy peryodach, od 2 zaś tygodni pojawiają się cuchnące upławy. Przy badaniu dwuręcznem okazuje się, że macica jest powiększona. Część pochwowa, mianowicie przednia warga przechodzi w guz, wielkości dużej pięści, krwawiący, pokryty szarą cuchnącą powłoką. Na tylnej wardze znajduje się guz mały wielkości orzecha. Rozpoznano: rak części pochwowej. 17. XII. R. wykonał amputacyę szyi macicznej, zaś 22. XII. po kilkakrotnem odkażeniu pochwy dokonał w uśpieniu chloroformowem całkowitego wycięcia macicy. Otrzewnej nie zeszyto, lecz założono sączek z gazy jodoformowej. Wycięta macica jest duża, odpowiada wielkości macicy w 5. miesiącu ciąży: rzeczywiście w jamie macicznej znajduje się jajo płodowe z płodem długości 12 ctm. Nazajutrz po operacyi chora oddaje mocz sama. — 25. XII. miała wypróżnienie po lawatywie. Tętno 84—90. Ciepłota prawidłowa. 31. XII. wyjęto gazę jodoformową z jamy brzusznej. 6. I. 1909 chora poczuła nagle bole w okolicy lewej łopatki; silny kaszel, ciepłota 39,5, tętno 120. Wystąpiło zapalenie lewego płuca (górnego płatu), które trwało przez 8 dni. 14. I. ciepłota spadła do poziomu prawidłowego, odtąd stan chorej dobry. 4. II. 1909 opuściła szpital zupełnie zdrowa.

Powikłania ciąży przez raka macicy są przypadkami bardzo rzadkimi. Stratz zauważył powstawanie ciąży przy raku macicy na 1034 przypadki w 12, Olshausen na 479 w 12, Pfannenstiel na 282 w 7 itd., wogóle Sarvey w Veita Handbuch f. Gynäkologie (Bd. III, 2 Th. p. 859) oblicza na 3812 takich chorych — powstawanie ciąży w 1,6%. Chociaż rak może się rozwinąć już po nastąpieniu ciąży, jednak po większej części rak w początkowym okresie rozwoju istnieje jeszcze przed zajściem w ciążę. (Streszczenie własne).

1. Protokół poprzedniego posiedzenia przyjęto i podpisano.

2. Przyjęto i zatwierdzono sprawozdanie z naukowej działalności Towarzystwa za r. 1908.

3. Odczytano sprawozdania kasowe i biblioteczne, które po wysłuchaniu protokołu Komisyi Rewizyjnej, w całości zatwierdzono.

4. Zatwierdzono budżet Towarzystwa na r. 1909: Dochód — rb. 682 kop. 51. Rozchód — rb. 516 — przewidywana pozostałość — rb. 166 kop. 51.

5. Po zatwierdzeniu sprawozdań wywiązała się ożywiona dyskusya w sprawie prenumeraty pism oraz w sprawie zaległych od członków składek.

Ogólne zebranie uchwaliło: *a*) Co do prenumeraty pism: Ogólne zebranie wyraża życzenie, by Towarzystwo w miarę posiadanych środków prenumerowało miesięczniki i kwartalniki w językach rodzinnym i obcych. *b*) Co do zaległych wkładek: Zamiejscowym członkom Towarzystwa, zalegającym z wkładkami dłużej nad lat dwa, zaś miejscowym, zalegającym dłużej nad rok, dać 4-tygodniowy termin do wpłacenia należności całkowicie lub częściowo w ratach nie mniejszych niż półroczna wkładka, w terminach półrocznych pod rygorem przedstawienia ich do wykreślenia na Ogólnem Zebraniu Towarzystwa i ogłoszenia ich nazwisk w protokółach drukowanych w »Przeglądzie lekarskim«. Kol. Pełczyński zgłosił osobne zdanie przeciw zamieszczaniu nazwisk kolegów, wykreślonych z powodu niewpłacania wkładek członkowskich, w czasopismach lekarskich.

6. Kol. Przewodniczący, zaprosiwszy na skrutatorów: kol. Idzikowskiego i kol. Przyłęckiego — zarządził wybory na ustępujących w myśl § 12 statutu z powodu ukończenia swej kadencyi: prezesa, wiceprezesa i bibliotekarza.

Większością głosów wybrani zostali: prezesem — kol. Henryk Fidler, wiceprezesem — kol. Franciszek Kosicki, bibliotekarzem — kol. Józefat Kondratowicz — wszyscy ponownie.

7. Przyjęto w poczet członków rzeczywistych Towarzystwa prow. Konstantego Dorocińskiego z Radomia.

V. Zjazd niemieckich rentgenologów

w Berlinie 18. kwietnia 1909.

Albers-Schönberg (Hamburg): **Leczenie mięśniaków i innych chorób macicy zapomocą promieni Röntgena.** Promienie Röntgena uważa A. S. za skuteczny środek, celem wywołania sztucznego końca miesiączkowania (*cessatio mensium*), usuwania ew. zmniejszania krwawień i wywoływania zmniejszania się mięśniaków. Natomiast stosując naświetlania wśród regularności, wywołać można zwiększenie się krwawienia, i to tak znaczne, że aż tamponada może być potrzebna. Długość naświetlań stoi w stosunku odwrotnym do wieku, t. j. młode osoby naświetlać należy dłużej, bo młode jajniki są odporniejsze. Naświetla się lampami twardemi przy obciążeniu 3—5 M. A. przez sześć minut.

Fränkel (Berlin): **O korzystnym wpływie promieni Röntgena na przypadłości miesiączkowe.** F. leczył 80 przypadków ginekologicznych promieniami Röntgena. Przy mięśniakach otrzymał wcale dobre wyniki. Najlepiej naświetlać zaraz po ustaniu miesiączki. Przy miesiączce bolesnej wyniki są nieraz bardzo dobre, podobnież przy nieżytach niezakaźnych.

Kromayer, Sommer, Walter, Klingelfuss i Immelmann mówili o dawkowaniu promieni i innych szczegółach technicznych.

Försterling (Mons): **Zaburzenia wzrostu po naświetlaniach.** F. pokazał kozę, u której przez naświetlania wywołano zaburzenia we wzroście połowy czaszki i zalecił ostrożność przy naświetlaniu dzieci.

Krukenberg (Elberfeld): **Uszkodzenia mózgu po naświetlaniach.** K. pokazuje 2 młode psy ze zmianami podobnemi, jak przedstawione przez Försterlinga. Prócz tego wystąpiły u tych zwierząt bezwład, drżenie głowy, łap przednich i zanik nerwu wzrokowego.

Krause (Jena): **Ciężkie zaburzenia nerwowe i psychiczne po oparzeniu rentgenowskiem.** U pewnego chorego wykonano celem wykazania złamania żebra w r. 1901 w przeciągu 3 dni, 5 długotrwałych zdjęć rentgenowskich. W następstwie rozwinęło się rozległe owrzodzenie i obraz ciężkiej nerwicy urazowej. U drugiego chorego po naświetlaniach wystąpiło owrzodzenie, a potem obumarcie mostka i kilku żeber i ciężka psychoza.

Gocht (Halle): **Uszkodzenia rentgenowskie.** G. na podstawie doświadczenia sądowego w sprawie uszkodzeń rentgenowskich dochodzi do następujących wniosków: 1) Promienie R stosować można tylko pod nadzorem i na odpowiedzialność lekarza. 2) Personal w pracowni rentgenowskiej powinien być dokładnie wyćwiczony i obznajomiony z techniką, działaniem i skutkami promieni, jakoteż zabezpieczony od wypadku i procesów. 3) Przy każdem posiedzeniu należy dokładnie zapisywać dawkę i warunki, wśród których się pracuje. 4) W razie procesu o uszkodzenie rentgenowskie znawcami sądowymi powinni być lekarze, dokładnie i fachowo obeznani z techniką rentgenowską.

W dyskusyi zwraca Försterling uwagę, że zaburzenia we wzroście u dzieci, wywołane przez rentgenizacyę, nie objawiają się może zaraz, ale kto wie, czy nie występują później. Cohn zaś podaje, że samice królików, które wskutek naświetlania wśród ciąży, wydały na świat płody nierozwinięte, zachodzą potem wprawdzie w ciążę, ale rodzą często potomstwo słabe, źle rosnące i niedługo żyjące. C. sądzi, że naświetlania wywołują trwałe zmiany ważnych gruczołów, jak przysadki, gruczołu tarczowego i t. p. Ciekawą jest rzeczą, że naświetlane samice okazują po pewnym czasie znaczny przybytek tkanki tłuszczowej.

Klieneberger (Królewiec): **Ropniak opłucny i ropniak opłucny z odmą.** U chorego siedzącego udaje się bardzo dobrze odróżnić przy naświetlaniu obecność ropy od obecności powietrza w klatce piersiowej.

Gottschalk (Stuttgart): **W sprawie leczenia dychawicy oskrzelowej promieniami Röntgena.** G. miał wyniki lecznicze pomyślne. — Immelmann otrzymał bardzo dobre wyniki u dzieci dychawicznych; wystarcza nieraz jedno naświetlanie przez 10 minut.

Dessauer (Aschaffenburg): **Krótkotrwałe zdjęcia rentgenowskie.** D. demonstruje sposób, dozwalający wykonywać momentowe zdjęcia rentgenowskie. Nawet przy najgrubszych częściach ciała wystarca $^{1}/_{100}$ sekundy.

Immelmann (Berlin): **Leczenie owrzodzenia rentgenowskiego.** I. poleca w leczeniu t. zw. plaster fibrolizynowy Mercka, nieraz jednak tylko leczenie chirurgiczne wiedzie do celu.

Lichtenberg (Strassburg) omawia wielką wartość **pyelografii** (fotografowanie miedniczek nerkowych, napełnionych 5% kollargolem), dozwalającej oceniać dokładnie położenie nerki i moczowodu.

Alexander (Berlin): **Zdjęcie żołądka zapomocą diafaninu.** Diafanin jest to żelazo magnesowe, podane w zastępstwie trującego bizmutu. — W dyskusyi jedni polecają związki toru, inni węglan bizmutu, twierdząc, że ten związek nie wywołuje prawie nigdy objawów zatrucia. *A. Klęsk.*

Sprawozdanie c. k. krajowej Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1905.

Omówił **St. Ciechanowski.**

(Ciąg dalszy).

2. Pokarmy, używki i napoje.

O działalności rządowego Zakładu badania środków spożywczych w Krakowie podaje »Przegląd lekarski« od czasu do czasu wiadomości, dlatego tutaj wystarczy podać dane najogólniejsze. Zakład badał w r. 1905 1546 próbek, o 501 mniej, niż w r. 1904, co tłómaczy się tem, że urzędnicy zakładu przedsiębrali w r. 1905 mniej rewizyi. Za nieprzydatne do użycia uznano w tym roku 48,6% próbek (odsetek był tylko w r. 1904 wyższy, 56,1%). W r. 1905 żadnej próbki do zbadania nie przysłało 20 starostw (w r. 1904 14, w 1903 — 19) z tych 5 starostw nie przysyłało żadnych próbek przez 2 lata, a 2 nawet przez 3 lata, po jednej tylko zaś próbce przysłało 9 starostw; to też namiestnictwo wezwało w r. 1905 starostwa, aby ściślej spełniały nadzór nad obrotem artykułami żywności. Wobec tej pożałowania godnej bezczynności wielu starostw byłoby pożądane, ażeby takie wezwania wysyłano częściej.

W r. 1905 znowu brakuje wszelkich danych o działalności chemika miejskiego we Lwowie; widocznie ich nie podał. Dowiadujemy się tylko tyle, że fizykat wraz z chemikiem miejskim lwowskim dokonał w r. 1905 345 rewizyi sanitarno-policyjnych, nie dowiadujemy się jednak, z jakim ogólnym wynikiem. Zamierzona budowa hali targowej we Lwowie na placu św. Teodora, nie została wykonana. W Krakowie badał chemik miejski 12.870 próbek, z tego znalazł 579 nieopowiednich; złego masła było 10%, mleka około 20%. Komisaryat targowy skonfiskował w ciągu roku 120 klg. masła fałszowanego i margaryny, sprzedawanej jako masło. Magistrat krakowski zarządził, by artykuły spożywcze w kramach i handlach trzymano pod odpowiedniem nakryciem.

I tegoroczne sprawozdanie, tak jak poprzednie, podaje szczegóły o obrocie środkami żywności ze wszystkich niemal powiatów. Jest to postęp, godzien zaznaczenia, bo jeszcze w r. 1903 zawierało sprawozdanie dane tylko o 21 powiatach. Do całego kraju odnosi się sprawa zanieczyszczenia soli sprzedażnej; jest to zasługą dra Bednarskiego, lekarza powiatowego w Nowym Targu, że sprawę tę podniósł. Z poszczególnych powiatów przytoczymy tylko kilka szczegółów najcharakterystyczniejszych. W bocheńskiem istniała fabryka moskali (często przez naszą ludność spożywanych), urządzona w ciemnej piwnicy, bez możności utrzymania czystości. Fabrykę tę władze zamknęły. Stanowisko sądów wobec fałszerzy środków spożywczych zaczyna się poprawiać, przynajmniej w niektórych powiatach, jak np. w bohorodczańskiem i brzeskiem, gdzie ukarano wszystkich winnych; szkoda, że nie dowiadujemy się ze sprawozdania, czy sąd w Ropczycach uwalnia jeszcze oszukańczych handlarzy, tak jak to czynił w r. 1904; za wzór można postawić sąd dobromilski, gdzie w jednym roku 1905 zasądzono 49 osób za przekroczenia ustawy o artykułach żywności. W Jarosławiu fabryki artykułów spożywczych do niedawna mieściły się w piwnicach, z 35 piekarń żadna nie odpowiadała przepisom; w ciągu roku 1905 przerobiono odpowiednio 13 piekarń, 4 zamknięto z urzędu. W powiecie jasielskim jest 8 piekarń bez koncesyi, »ale są w ruchu, chociaż na papierze zamknięte; fabryki wody sodowej wyrabiały nieczystą wodę sodową, więc oddano je do c. k. sądu, chociaż on albo uwalnia przekraczających, albo wymierza tak nizkie kary,

że kupców i fabrykantów taka kara nie odstrasza«. Dziwne stosunki! W powiecie rohatyńskim »jest wiele pokątnych piekarni, rozwożących swe wyroby na wszystkie okoliczne targi; piekarnie te są pomieszczone w lokalach ciasnych, ciemnych, często wilgotnych i często służą zarazem za mieszkanie całej rodzinie«. Czyżby temu nie próbowano zaradzić? Bardzo smutny obraz kreśli lekarz miejski z Tarnowa: »Mleko nieczystemi rękami do nieczystych naczyń wydojone, przez nieczyste szmaty cedzone, w nieczystych naczyniach przywożone; mięso wątpliwej jakości, wydymane, na nieczystych rozłożone wozach, nie osłonione od kurzu i brudu ulicznego; pieczywo powalane popiołem, błotem, wewnątrz mieszczące w sobie zwłoki robactwa, masło zawijane w nieczyste szmaty itd. nie należą niestety do zjawisk wyjątkowych«. Lekarz miejski domaga się ustanowienia komisarza targowego, bez skutku; to doprawdy wstyd dla miasta, liczącego przeszło 30.000 mieszkańców. Powiat turczański i tutaj zajmuje miejsce niezaszczytne; w mieście Turce przewożą mięso na wozach, używanych do przewożenia wszelkich towarów z kolei, jakoteż materyałów budowlanych, jak piasku, cegły i t. d.; mimo uchwały rady gminnej nie sprawiono osobnego wozu na mięso; w pieczywie znaleziono szkło i kawałki drzewa (co prawda, ukarano za to piekarza grzywną 100 koron). Lekarz urzędowy powiatu wielickiego żali się, że lekarze gminni wcale nie wykonują nadzoru nad artykułami żywności, przez co cały ten ciężar i cała nienawiść kupców i handlarzy spada niemal wyłącznie na lekarza rządowego; podobne skargi czytamy z powiatu żółkiewskiego i innych.

Ciekawe są szczegóły o krajowej szkole mleczarskiej i wzorowej krajowej mleczarni w Rzeszowie, która wyprodukowała 10.582 kg. masła. Wobec skarg na drożyznę mięsa i niezaradności, jaką w tym względzie okazują największe nasze miasta (Kraków!), interesującym jest szczegół, że w Samborze umiał zarząd gminny bez strat prowadzić wyrąb mięsa i przez to po 3 miesiącach zmusić rzeźników do obniżenia cen. Ale niezaradności naszej rzeczywiście niema granic, jeżeli do Tarnopola, stolicy Podola, w której przemysł młynarski jest silnie rozwinięty, sprowadzają w wielkich ilościach chleb z Moraw, od miejscowego lepszy, a nie droższy.

(Ciąg dalszy nast.).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska ogłasza co następuje:

Izba lekarska styryjska powzięła następującą uchwałę: »Dawanie prowizyi akuszerkom, portyerom hotelowym, ajentom, stróżom domów i t. d. celem zdobycia sobie klienteli przez lekarzy, uchybia w najwyższym stopniu godności stanu lekarskiego i należy postępowanie tych lekarzy jak najenergiczniej zwalczać. Izba lekarska potępia również wynagradzanie lekarzy przez innych lekarzy za polecanie pacyentów lub przesyłanie ich do dalszego leczenia i zwraca uwagę na niewłaściwość postępowania lekarzy lub właścicieli zakładów leczniczych, opłacających faktorów za doprowadzenie pacyentów. Rada honorowa Izby lekarskiej styryjskiej, podając te uchwały do wiadomości kolegów, boleśnie to odczuwa, że zmuszona jest zwrócić uwagę ogółu lekarzy na to niewłaściwe postępowanie, ubliżające nietylko godności stanu lekarskiego, ale i godności osobistej jednostek«.

Wydział Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej, solidaryzując się z powyższymi wywodami, podaje je do wiadomości kolegów.

Dr. Akerman m. p. *Dr. Schoengut* m. p.

Biuro pośrednictwa dla lekarzy otwarła Organizacya lekarzy wiedeńskich (Wirthschaftliche Organisation der Ärzte Wiens) wspólnie z wiedeńską Izbą lekarską. Biuro pośredniczy w sprawach posad, zastępstw, towarzyszenia chorym w podróżach i t. p. Dla lekarzy pomocniczych pośrednictwo jest bezpłatne. Biuro urzęduje w Izbie lekarskiej wiedeńskiej (Wiener Ärztekammer, Wien, I, Börsegasse 1).

Prezes organizacyi wiedeńskiej: *Dr Skorscheban.*

Warszawska Kasa wsparcia lekarzy podupadłych oraz wdów i sierót po lekarzach miała w r. 1908 dochodu 11274·08 rubli, a rozdała 10114·04 rb. na wsparcia dla 5 lekarzy i 126 rodzin po lekarzach. Majątek kasy wynosił z końcem roku 1908 50607 rb. Członków liczyła kasa 898; z lekarzy zamieszkałych w Warszawie należy do niej tylko 410. *K.*

Kasy chorych w gubernii piotrkowskiej obejmowały 54.459 robotników, t. j. 37% ogółu robotników w tej gubernii, a wypłaciły 273.715 rb. zapomogi. *K.*

Przeciw nieodpowiedniej reklamie dentystów walczy energicznie a skutecznie Towarzystwo odontologiczne warszawskie. Starania komisyi etyczno-zawodowej tego Towarzystwa odniosły ten skutek, że wszyscy członkowie (z wyjątkiem jednego) i wielu dentystów, nienależących do Towarzystwa, usunęło rażące szyldy i reklamy. Obecnie podjęło Towarzystwo starania, aby reszta dentystów w Warszawie i na prowincyi podobnie postąpiła. *K.*

Kasa wzajemnej pomocy odontologów polskich utworzyła się w Warszawie. Prezesem wybrano p. Szellera (Warszawa Moniuszki 7), który przyjmuje obecnie wpisy. *K.*

Warszawska Kasa wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierót po lekarzach ogłasza następujące wsparcia: 1) Z fundacyi ś. p. Dra Wieliczki wsparcie 34 rb. 20 kop. dla syna lekarza w wieku od 13—18 lat, kształcącego się w Warszawie lub kraju. Pierwszeństwo mają młodzieńcy urodzeni na Ukrainie. 2) Z fundacyi Dra Bacewicza 5 wsparć po 61 rb. 56 kop. dla wdów po lekarzach. 3) Z fundacyi Dra Jabłonowskiego wsparcie w kwocie 276 rb. dla lekarza rodem z Warszawy religii rz. kat., przez nieszczęście, przypadek lub starość bez pomocy zostającego. *K.*

Domy lekarskie w zdrojowiskach. W Lipsku utworzył się związek, mający na celu założenie w miejscowości kąpielowej »Bad Elster« schroniska dla żon lekarzy i wdów po lekarzach. Taksa za mieszkanie z utrzymaniem wynosić będzie 5 marek dziennie. Kąpiele i opieka lekarska bezpłatnie. — I nasze zdrojowiska powinnyby wprowadzić podobne ułatwienia, coby z pewnością także i zdrojowiskom wyszło na korzyść. *K.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 30. V. do 6. VI. 1909 doniesiono o nowych przypadkach d u r u p l a m i s t e g o w pow. Bohorodczany (Mołotków 1), Borszczów (Jezierzany 1), Drohobycz (Medenice 2), Horodenka (Hawrylak 4, Czortowiec 16, Obertyn 2, Niezwiska 7), Jarosław (Cieplice 4), Kałusz (Nowica 4), Kołomyja (Słobódka polna 1, Siemakowce 1, Gwoździec stary 7, Kołomyja 1), Kosów (Chomczyn 1), Lisko (Wola mihowa 1), Lwów pow. (Sroki ad Łaszki 10), Nadwórna (Pniów 6), Podhajce (Sokolniki 2), Rawa (Werhrata 1, Hołe Rawskie 4, Wulka mazow. 5), Sanok (Osławice 1, Duszatyn 3), Skałat (Zarubińce 2, Poznanka hetm. 2), Tarnobrzeg (Nadbrzezie 1), Tłumacz (Hołosków 1), Tarnopol (Grabowiec 6), Turka (Ilnik 2), Zaleszczyki (Capowce 3), Złoczów (Czyżów 2), Żółkiew (Kulików 3). *Dr T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 30. V. do 5. VI. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † — (w tem obcych 4 † —), krztuśca 3, płonicy 14 † 1 (5 † —), odry 1, duru brzusznego 5 † 1 (3 † 1), kuru 2. *Dr Janiszewski.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 30. V. do 5. VI. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 1 (w tem obcych —), krztuśca — płonicy 9 † 1, duru brzusznego 2, czerwonki 3. *Dr Legeżyński*

I. Zjazd internistów polskich w Krakowie.

(19 lipca 1909).

W dalszym ciągu zgłoszono następujące odczyty:

Serya III.

34. Dr N. G ą s i o r o w s k i, Prof. P. K u c e r a i Dr S. R u d z k i (Lwów): O etyologii, obrazie klinicznym i sekcyjnym w czerwonce w zakładach dla umysłowo chorych.

35. C i s a m i. O epidemiologii i zapobieganiu w czerwonce w zakładach dla umysłowo chorych. (Oba odczyty na podstawie badań przeprowadzonych w zakładzie kulparkowskim).

36. Dr K. D ł u s k i (Zakopane): O leczeniu gruźliczych tuberkuliną Beranecka w Sanatoryum w Zakopanem.

37. Dr Leon F e j e r s t e i n (Lwów): O wartości klinicznej próby Wassermanna (z zakładu higieny Uniw. lwow. Prof. Dra G. Kucery).

38. Prof. Dr O r ł o w s k i (Kazań): Badania dotyczące klinicznych metod oznaczania czynności trzustki.

39. Dr S t a n i s ł a w M u t t e r m i l c h (Warszawa): O stosowaniu w odczynie Wassermanna antygenu nieswoistego.

40. Doc. Dr W. Nowicki (Lwów): Badania nad zachowaniem się istoty chromochłonnej nadnerczy u zwierząt i ludzi przy schorzeniach nerek (z przedstawieniem preparatów).

41. Dr Hornowski (Lwów): Wpływ czynników termicznych na zachowanie się istoty chromochłonnej nadnerczy u zwierząt i ludzi i jego praktyczne znaczenie.

43. Dr A. Krokiewicz (Kraków): Wyniki leczenia gruźlicy własną metodą wraz z przedstawieniem chorych.

43. Dr Czesław Barszczewski (Warszawa): Znaczenie promieni x w klinice chorób wewnętrznych [ilustrowany obrazami niknącymi (przeźrocza)].

Termin zgłaszania odczytów został przedłużony do 1. lipca b. r. Zgłoszenia i odczyty należy przesyłać do biura Zjazdu, Klinika lekarska, ul. Kopernika 15.

Sekretarz komitetu: *Dr B. Korolewicz.* Przewodniczący komitetu: *Prof. Dr W. Jaworski.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 9/VI b. r. posiedzenie, na którem Prof. Kader przedstawił chorą, u której drenował przewód żółciowy przy kamicy, przypadek wycięcia krtani z powodu raka, przypadek artrodezy, wreszcie wcześnie wycięty wyrostek robaczkowy, prym. Borzęcki przedstawił przypadek kiły o pozorach tocznia, Dr Eisenberg preparat rozpadowej gruźlicy płuc u świnki morskiej i nowe sposoby barwienia prątków gruźliczych. W dyskusyach przemawiali Dr Eisenberg, H. Hirsch, Doc. Gliński, Prof. Kader, Dr Poźniak.

— Dziekanem Wydziału lekarskiego na r. 1909/10 wybrany został. prof. Kader.

— Dyplom doktorski uzyskał lekarz p. Witold Zacharewicz.

— Dn. 27. maja b. r. odbyło się posiedzenie Wydziału Izby lekarskiej zachod.-galic., na którem 1) odczytano pismo c. k. Namiestnictwa, zatwierdzające wyrok Rady honorowej z 18/VII 1907 przeciw Drowi G., a skazujący go na 100 koron grzywny; 2) odczytano pismo Wydziału wykonawczego, donoszące, iż tegoroczny Wiec Izb odbędzie się z końcem października lub początkiem listopada, podczas sesyi parlamentu; na tym Wiecu będą wzięte pod obrady między innemi sprawa tytułów lekarskich i sprawa projektu rządowego o ubezpieczeniu społecznem; 3) rozdano szereg zapomóg wdowom po lekarzach; 4) załatwiono szereg spraw drobnych.

— W Nowym Targu rozpoczęła się budowa szpitala powiatowego na 50 łóżek. Koszta budowy wyniosą 250.000 koron.

— Słuchacz V. roku medycyny poszukuje zajęcia na miesiące letnie w zakładzie zdrojowym, klimatycznym lub t. p. w Galicyi lub Królestwie. Zgłoszenia przyjmuje Redakcya »Przeglądu lekarskiego«.

Lwów. W ostatniej sesyi polecił Sejm Wydziałowi krajowemu zbadać sprawę założenia z funduszów krajowych 2 lecznic ludowych przeciwgruźliczych i zdać sprawę na sesyi najbliższej tak pod względem kosztów założenia takich lecznic, jak i opinii kół zawodowych lekarskich o ich użyteczności. Stosownie do tej uchwały Sejmu zwołuje Wydział krajowy w sprawie tej na d. 26/VI b. r. ankietę, której przedkłada następujący kwestyonaryusz: 1) Zapobieganie i leczenie gruźlicy na podstawie obecnego stanu nauki. 2) W jaki sposób i jakiemi drogami zdążają inne kraje, względnie państwa, do rozwiązania problemu racyonalnego zwalczania gruźlicy? 3) Jakie środki zaradcze w tym kierunku należałoby stosować u nas ze strony powołanych czynników (rząd, kraj, powiaty, gminy i t. d.)? 4) Jakich funduszów wymagałoby ewentualne założenie i utrzymanie przez kraj jednej lub więcej lecznic, wyposażonych w odpowiednie urządzenia i środki lecznicze? 5) Wnioski samoistne.

Inicyatywa Wydziału krajowego w tej sprawie spotkać się musi ze strony nietylko lekarzy, ale najszerszych kół społeczeństwa z tem gorętszem uznaniem, że, jak widać z programu ankiety, zamierza ją Wydział krajowy oprzeć na rozległej podstawie i uzyskać opinię zawodową nietylko co do sprawy krajowych sanatoryów ludowych, ale wogóle co do planu systematycznej walki z gruźlicą. A taka, na wielkie rozmiary podjęta walka, to właśnie jedno z najważniejszych i najpilniejszych zadań społeczno-higienicznych, u nas tem ważniejszych i tem pilniejszych, że gruźlica grasuje wśród naszej ludności srożej, niż w innych krajach i że walka z nią jest w naszym kraju zaledwo w zaczątkach. To też rozszerzenie ankiety na cały zakres walki z gruźlicą jest jedynie trafnem postawieniem sprawy i stanowi ponowny dowód, że w działalności społeczno-higienicznej wstępują naczelne nasze władze autonomiczne w erę postępu, a sprawy zdrowia ludności poczynają wysuwać się na należne sobie miejsce w programie gospodarki krajowej.

Ankieta odbędzie się pod przewodnictwem szefa departamentu sanitarnego, członka Wydziału krajowego Dra Bernadzikowskiego, a wezmą w niej udział: Prof. Ciechanowski, Prof. A. Gluziński, Dr St. Gruiński, Dr T. Janiszewski, Prof. Kucera, R. dw. Dr J. Merunowicz, Dr S. Mikołajski, Prof. Wiczkowski i Dr J. Żychoń.

— Nowa krajowa ustawa zdrojowa, która weszła w życie 12/I b. r., wymaga wydania nowych statutów dla każdego ze zdrojowisk galicyjskich. Wydział krajowy wezwał też reskryptem z d. 23/IV b. r. wszystkie komisye zdrojowe, działające w kraju, by przedstawiły odpowiednie wnioski. Sprawę zastosowania nowej ustawy i jej ewentualnych uzupełnień omawia w godnych uwagi artykułach w »Słowie Polskiem« (Nr 259 i 260) Dr Stanisław Gruiński, który od dłuższego czasu zabiera w piśmie tem głos w ważniejszych sprawach sanitarnych kraju.

Warszawa. Z początkiem lipca wychodzić zacznie w Warszawie dwumiesięcznik p. t. »Przegląd chirurgiczny i ginekologiczny«. Zakłada go grono 55 chirurgów i ginekologów, wyłącznie warszawskich. Redakcyę objął Dr Antoni Leśniowski, wydawcą będzie Dr Czesław Stankiewicz, a komitet redakcyjny składają: Dr Ciechomski, Gabszewicz, Karczewski, Prof. Kryński, Monsiorski, Neugebauer, Br. Sawicki, Sławiński i Zweigbaum. Oprócz prac oryginalnych z zakresu chirurgii, ginekologii i położnictwa, pomieszczać będzie nowe pismo streszczenia, sprawozdania i oceny z piśmiennictwa polskiego i obcego z tych dziedzin, sprawozdania z oddziałów i lecznic, z towarzystw i zjazdów. Zeszyt każdy obejmie 6—8 arkuszy druku; prenumeratę (rocznie rb. 7) przyjmuje Dr Cz. Stankiewicz, (Warszawa, Złota Nr 3).

Gdy niepomyślne okoliczności położyły kres bytowi »Przeglądu chirurgicznego« i »Ginekologii«, przychodzi nowe pismo w sam czas zająć opróżnioną placówkę. To też witamy je serdecznie i życzymy pomyślnego rozwoju.

— Magistrat rozesłał zarządom szpitalnym kwestyonaryusz, dotyczący pomnożenia liczby łóżek, rozszerzenia lub przeniesienia szpitala i t. p. Co do szpitala św. Łazarza okazało się, że przez sprzedaż części gruntów szpitalnych możnaby uzyskać sumę (550.000 r.), pozwalającą na powiększenie szpitala z 372 na 500 łóżek.

— W pierwszem półroczu istnienia sanatoryum w Rudce leczyło się w niem 133 chorych. Ze 110 chorych, przebywających w sanatoryum dłużej niż miesiąc, polepszenie nastąpiło u 82.

— Na temat »Jak się ma zachować osoba zagrożona suchotami« rozpisano w Warszawie konkurs z nagrodą 50 rubli. Rozmiar arkusz druku. Rozprawa ta przeznaczona ma być dla szerokiego ogółu, powinna być napisana przystępnie, ale z uwzględnieniem obecnego postępu wiedzy. Termin nadsyłania prac do 10 września r. b. na ręce Towarzystwa lekarskiego w Warszawie (Niecała 7). *X.*

— Wystawa higieniczna w Lublinie przyniosła 14.682 rb. dochodu; wydatki wynosiły 15.738 rb. Niedobór pokryty będzie z funduszów gwarancyjnych, złożonych przez różne instytucye i osoby prywatne.

Łódź. Wbrew obowiązującym przepisom nie ma Łódź dotąd szpitala miejskiego, ani należycie zorganizowanej opieki nad podrzutkami. Istniejące 4 szpitale prywatne nie wystarczają na potrzeby półmilionowej ludności, gdyż na 1000 mieszkańców przypada tylko jedno łóżko szpitalne. To też w kołach obywatelskich poruszono myśl, by utworzyć szpital miejski jak najrychlej, nie czekając na wprowadzenie samorządu. Magistrat zasłania się jednak brakiem funduszów, pomimo że na rok bieżący przeznaczył około 100.000 rb. do wypłaty istniejącym szpitalom za leczenie ubogich mieszkańców i służby miejskiej.

Wilno. W tych dniach ma być otwarty szpital dla nieuleczalnych w domu, ofiarowanym na ten cel przez ks. prałata Radzymińskiego-Frąckiewicza, który też częścią ofiarował sam, częścią zebrał fundusz na utrzymanie szpitala i stara się o fundusze na budowę nowego gmachu.

Z różnych stron. Towarzystwo »Domu lekarskiego« w Maryenbadzie odbyło 12. V. b. r. walne zgromadzenie. Już w r. z. zdołało Towarzystwo uzyskać znaczne ułatwienia dla kilkunastu chorych kolegów; na bieżący sezon zgłosiło się 36. Majątek To-

warzystwa wzrósł w ciągu roku z 6839 kor. na 11.746 kor., nie licząc ofiarowanego pod budowę »Domu lekarskiego« gruntu; liczba członków wzrosła z 92 na 135.

— Profesor Neisser z Wrocławia ogłasza do wszystkich lekarzy następujące zapytanie: »Czy znany jest komu z kolegów z piśmiennictwa, lub też z doświadczenia własnego zupełnie pewny przypadek, by chory cierpiący na porażenie postępujące zaraził się po raz wtóry na nowo kiłą?« Chodzi o rozstrzygnięcie pytania, czy dodatni wynik próby serodyagnostycznej, jaki np. często spotyka się u chorych na porażenie postępujące, dowodzi, że gdzieś w ciele znajduje się jeszcze ognisko krętków, a więc, że należy obawiać się nawrotu choroby, czy też dowodzi tylko tego, że chory przebył kiłę. *A.*

— Tematami obrad VIII. międzynarodowej konferencyi przeciwgruźliczej w Stokholmie (8—19. VII. b. r.) będą. 1) Opieka w rodzinach gruźliczych, szczególnie opieka nad dziećmi zdrowemi. 2) Sprawozdanie komisyi sanatoryów. 3) Środki swoiste w rozpoznawaniu i leczeniu gruźlicy. 4) Gruźlica w szkole. 5) Postęp walki z gruźlicą w różnych krajach.

Mianowani: Doc. Dr Wł. Szumowski lekarzem zdrojowym w Szczawnicy; Dr Wł. Kluger asystentem kliniki lek. w Krakowie;

patolog Doc. Dr Mönckeberg w Giessen profesorem nadzwyczajnym.

Zmarli: Dr Józef Koralkiewicz w 70 r. ż. w majątku swym Nowej Wsi pod Wołominem na Mazowszu. Rodem z Mińskiego, kształcił się w Mińsku litewskim, poczem przebył studya uniwersyteckie w Charkowie, gdzie też uzyskał w roku 1861 stopień lekarza. Niezmiernie prawy i czysty charakter, szlachetność i skromność obok wielkiej pracowitości jednały ś. p. Koralkiewiczowi powszechny szacunek. Spokój Jego popiołom! *M. D.*

Dr Stanisław Łuczyński, lekarz kolei warsz.-wied., w 40. r. ż. w Łowiczu;

Dr Cezary Staniewicz, emerytowany lekarz zakładów rządowych petersburskich, członek zarządu wileńskiego Towarzystwa przyjaciół nauk, czynny na wielu polach pracy obywatelskiej, w 69 r. ż. w Wilnie;

chirurg Prof. Cavaillon w Lyonie, znany szeroko dyrektor oddziału dla dzieci umysłowo upośledzonych w Bicêtre pod Paryżem Dr Bourneville.

Redakcya otrzymała: Crandon, Place i Brown: Noma. Boston 1909. — Bychowski: O niektórych wskazaniach do radykalnej i paliatywnej trepanacyi w nowotworach mózgu. Odb. »Gaz. lek.« 1909.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 16. czerwca 1909 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: Dr Janiszewski: 1) Kilka uwag o środkach zapobiegawczych przeciwko płonicy. 2) V. wykład z seryi wykładów o gruźlicy: Prof. Kader: Chirurgiczne leczenie gruźlicy nerek.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Firma Merck wydała, jak corocznie, t. zw. sprawozdanie roczne, obejmujące nowości w przemyśle farmaceutycznym. Sprawozdanie uwzględnia obszernie piśmiennictwo najnowsze, wskazania, skład chemiczny, sposób sporządzenia i t. d. Już sam rozmiar dziełka (409 stronic) świadczy o wielostronnej działalności firmy i o szerokich granicach pracy. *MR.*